

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 131

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean MATHEY

Né le 10 Avril 1912, à COMMERCY (Meuse)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
BALANCEMENTS PSYCHO-SOMATIQUES

TRAVAIL DE LA MAISON NATIONALE
DE SAINT-MAURICE

Président : M. CLAUDE, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean MATHEY

Né le 10 Avril 1912, à COMMERCY (Meuse)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
BALANCEMENTS PSYCHO-SOMATIQUES

TRAVAIL DE LA MAISON NATIONALE
DE SAINT-MAURICE

Président : M. CLAUDE, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	

MM.
ROUVIERE.
LÉON BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
N...
CHAMPY.
TIFFENEAU
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD
LAIGNEL-
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBOUILLÉ
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
CROUZON.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
DOGNON	Physique.
FUNCK.	
GRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
IEROUX	Anatomie pathologique.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
Professeur de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARUK

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien chef de clinique à la Faculté

Médecin Chef à la Maison Nationale de Saint-Maurice

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Nous sommes heureux de lui ex-
primer notre profonde reconnaissance
et notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. DADAY

Chevalier de la Légion d'honneur

Médecin Chef à la Maison Nationale de Saint-Maurice

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour la bienveillante
sollicitude qu'il nous a toujours témoi-
gnée depuis que nous sommes interne
dans son service.

Contribution à l'étude des balancements psycho-somatiques

INTRODUCTION

On a trop souvent tendance à considérer les troubles mentaux comme des maladies autonomes et presque indépendantes du reste de l'organisme. L'observation impartiale des malades nous montre l'intrication étroite qui existe entre les troubles psychiques et les troubles somatiques, ces derniers pouvant affecter l'organisme tout entier. Cette intrication avait déjà frappé certains auteurs et avait abouti à la notion des *folies sympathiques* de MOREL.

Les rapports entre les troubles mentaux et les troubles somatiques revêtent des modalités très complexes : tantôt les signes psychiques sont parallèles aux signes somatiques, tantôt au contraire, ils varient en sens inverse, se substituent ou alternent d'une façon tout à fait impressionnante avec ces derniers; ce sont ces faits que nous étudions dans ce travail sous le nom de « balancements psycho-somatiques ».

Les aspects de ces balancements entre troubles psychiques et somatiques peuvent être très variés. Parfois il s'agit de signes somatiques précédant les troubles psychiques. C'est là le problème des signes somatiques prodromiques des psychoses, étudié il y a quelques années par BARUK et LAURENT notamment dans la période prémonitoire de la démence précoce : à ce moment céphalées, vertiges, troubles cardio-vasculaires, etc... peuvent égarer le diagnostic; parfois ces signes disparaissent complètement le jour où les

troubles mentaux font leur apparition. Mais le balancement n'en reste pas toujours là et on peut voir reparaitre les signes somatiques du début au moment où les troubles mentaux s'atténuent et où le malade entre en convalescence.

Un autre aspect de ce balancement psycho-somatique s'observe dans les relations de certaines psychoses avec la tuberculose (CLAUDE et BARUK : Tuberculose et Démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases torpides et les phases prémonitoires de la tuberculose, *Paris Médical*, 27 décembre 1930); il est frappant par exemple de voir un malade verser dans la mélancolie ou des troubles psychiques plus graves, au moment même où ses lésions pulmonaires se cicatrisent et où les signes stéthoscopiques et radiologiques s'atténuent; inversement, on peut voir une psychose des plus graves et même une démence profonde guérir totalement au moment où se réveille une localisation tuberculeuse ou autre. D'un autre côté, il est parfois particulièrement impressionnant de voir les troubles mentaux alterner avec certaines localisations somatiques tuberculeuses, tel ce malade de BARUK : hébéphrénique profond qui retrouvait son entière lucidité lors de l'apparition de volumineuses adénites cervicales, et qui retombait dans un état démentiel profond lorsque ses adénites régressaient.

La pathogénie de ces balancements curieux entre localisations tuberculeuses somatiques et troubles psychiques a été diversement interprétée : BARUK, BIDERMAN et ALBANE incriminent surtout des troubles humoraux et considèrent les troubles mentaux comme liés à des réaction allergiques; TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS, Van DEINSSE et CLAUDE, COSTE, VALTIS, Van DEINSSE incriminent surtout la nature du virus, et font jouer un rôle au virus filtrable.

Mais ces alternances, ces balancements ne sont pas limités aux rapports de la tuberculose et des psychoses. Le Docteur BARUK a eu son attention attirée sur des balancements parfois encore plus impressionnants au cours des localisations les plus variées : c'est ainsi qu'il a observé deux fois la guérison de psychoses graves, prenant la forme de la démence précoce, à la suite d'abcès du poumon; nous avons pu recueillir avec lui et dans son service une série d'observations du même genre qui font l'objet de ce travail, et qui ont été résumées dans un article publié avec le Docteur BARUK et intitulé : « Contribution à l'étude des balancements psycho-somatiques », en avril 1936.

Le présent travail constitue le développement de cette notion des balancements psycho-somatiques qui apparaît ainsi sous la forme d'un processus de pathologie générale. Bien que ce terme de balancement psycho-somatique n'ait pas été spécifié par les divers auteurs que nous avons consultés (1), des notions voisines ont cependant été développées de très longue date, même dans la plus haute antiquité, sous des formes très différentes et des titres divers. Toutefois il s'agit plutôt de mentions incidentes de faits analogues. Aussi nous a-t-il semblé intéressant d'étudier plus spécialement ces balancements psycho-somatiques avec les diverses modalités qu'ils peuvent présenter.

Nous allons tout d'abord exposer nos recherches historiques, nous indiquerons ensuite les résultats de nos recherches personnelles et nous terminerons sur un chapitre de pathogénie avec les méthodes thérapeutiques qui s'en sont successivement dégagées.

(1) Ce terme vient d'être repris par Christy dans une communication toute récente qui constitue surtout une confirmation de notre travail avec Baruk.

En terminant cette introduction, nous voulons exprimer à notre Maître, M. le Docteur BARUK, notre respectueuse gratitude, il nous a suggéré l'idée de ce travail, sa grande expérience et ses conseils judicieux ont été pour nous des guides précieux dans l'élaboration de cette thèse, nous sommes heureux de lui dire ici notre profonde reconnaissance et nos vifs remerciements.

ETUDE HISTORIQUE

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de constater que les rapports entre les troubles psychiques et les troubles somatiques ont été remarqués dès la plus haute antiquité, c'est ainsi qu'on trouve dans HIPPOCRATE : « les crampes et les convulsions sont supprimées par la fièvre... Dans la mélancolie avec des accidents de phrénétis l'apparition d'hémorroïdes est favorable... Ceux qui sont pris de folie spontanément ou secondairement en sont délivrés par une douleur venant aux pieds ou à la poitrine et par une toux intense, si cela n'advient pas, la folie dure... La suppression des crachats chez les phthisiques les jette dans l'égarement de la raison... »

De même GALIEN relate le cas d'un homme qui fut guéri de sa folie par une fièvre quarte.

Au début du siècle dernier, PINEL signale la guérison de la folie par des localisations viscérales; on trouve dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, l'observation d'un mélancolique délirant guéri rapidement par une jaunisse; celle d'un dément guéri par une tumeur de la parotide, il signale également la terminaison critique de l'aliénation mentale par des éruptions spontanées. Dans son traité sur la manie, il rapporte le cas de la guérison d'un maniaque par l'engorgement d'une parotide.

Dans sa thèse inaugurale (page 24 et suivantes), PINEL dit qu'il existe quelquefois une espèce d'alternance entre les symptômes de la phthisie pulmonaire et les phénomènes de délire.

Mais c'est surtout ESQUIROL qui a observé et étudié le plus les relations entre les troubles mentaux et les troubles somatiques; il a été frappé par des cas impressionnants de guérison par localisation somatique ou par fièvre, ainsi que par l'intrication des troubles psychiques et organiques : alternance ou substitution; nous ne saurions mieux faire que de citer des passages caractéristiques de son *Traité sur les maladies mentales*. : « La suppression des hémorroïdes est presque aussi funeste aux hommes que celle des menstrues ou de la leucorrhée chez les femmes... La suppression du lait dans les mamelles des nourrices précède le plus souvent l'aliénation mentale, le délire augmente quand le lait diminue, le délire cesse après le rétablissement de la sécrétion lactée... »

« La folie se complique très souvent avec les affections des poumons, du cœur, des intestins, de la peau, soit que ces dernières maladies aient précédé la folie et aient cessé lorsqu'elle a éclaté, soit qu'elles marchent simultanément ou alternent avec elles... Les aliénés ne sont pas à l'abri des maladies intercurrentes épidémiques, celles-ci ont souvent une influence plus ou moins marquée sur la folie, soit qu'elles en suspendent la marche, soit qu'elles la fassent cesser... »

« J'ai vu un grand nombre de fois la phtisie précéder de plusieurs mois la lypémanie et même la manie, ou se déclarer en même temps qu'elle, quelquefois aussi la folie alterne avec la phtisie et alors, pendant la durée du délire, même le plus violent, tous les symptômes de phtisie cessent pour revenir après l'accès... »

« HIPPOCRATE veut que la gale juge la folie et tous ceux qui ont vu beaucoup de fous ont pu vérifier cette sentence. J'ai essayé de donner la gale à un militaire en démence et paralytique, je n'ai point réussi ni à le guérir, ni à lui

communiquer la gale... mais j'ai vu l'éruption de la gale s'étendre sur tout le corps d'un aliéné, son délire a diminué à mesure que la gale faisait plus de progrès, en 15 jours le malade est rendu à la raison, mais le corps est couvert de gale... »

Une dame âgée de 23 ans, Mme A..., accouche heureusement; au septième jour, elle éprouve une secousse morale très vive, les lochies se suppriment, elle délire, devient furieuse, quelques jours après les lochies reparaissent, le calme revient avec la raison... »

« Les furoncles se manifestent souvent chez les aliénés et deviennent critiques dans quelques cas, surtout lorsque la suppuration est abondante... Une dame âgée de 29 ans, aliénée depuis plusieurs années; un jour apparaît un furoncle énorme du périnée, la suppuration est très abondante pendant quinze jours, dès lors le rétablissement de la raison est parfait... »

« Mme E..., âgée de 66 ans, est transportée à la Salpêtrière, elle y arrive dans un état d'agitation extraordinaire pour son âge. Cet état dure six semaines environ sans aucune rémission. Enfin se développe une parotidite du côté gauche, aussitôt le délire se calme, il se forme un abcès qui est ouvert et guérit en trois semaines. Depuis l'apparition de la parotidite le délire a toujours graduellement diminué et enfin a complètement disparu avant la cicatrisation de l'abcès... »

« Il est peu de maladies chroniques qui n'aient été guéries par le développement d'une fièvre inattendue. Tous les praticiens ne cessent d'exprimer le regret de n'avoir pas en leur pouvoir d'exciter la fièvre... »

Tous ces troubles somatiques survenus au cours de l'aliénation mentale, ESQUIROL les réunit sous le nom de crise ou d'accidents critiques; et suivant en cela la pensée

d'HIPPOCRATE et de GALIEN, il ne regarde la guérison comme constante que lorsqu'elle aura été signalée par quelque crise sensible.

Il a essayé de tirer des déductions thérapeutiques de ses observations impressionnantes, mais il s'est aperçu que les résultats obtenus étaient beaucoup moins bons qu'au cours de fièvres et d'affections spontanées, c'est ainsi qu'il dit : « Ce que l'art ne peut toujours faire, la nature l'opère pour quelques individus et il n'est pas rare que non seulement des fièvres symptomatiques, mais des fièvres spontanées jugent la folie. »

A la même époque GUISLAIN signale également les rapports entre les troubles mentaux et somatiques; dans son *Traité sur l'aliénation mentale et les hospices d'aliénés* paru en 1826, il dit : On a vu la phthisie arrêter le cours de la folie ou la folie se développer au cours de la phthisie... », puis, plus loin il rapporte l'observation d'un homme mélancolique délirant qui fut guéri rapidement par l'apparition d'un érysipèle. Dans son traité « *Les leçons sur les phrénopathies* » paru plus tard : 1852, nous trouvons ceci : « Je traiterai aussi des affections pulmonaires qui se présentent au cours de l'aliénation mentale et qui doivent, dans plus d'un cas, être envisagées comme des espèces de crises bienfaisantes ». Il signale plus loin les sueurs, qui en se rétablissant font disparaître la folie; les anthrax et les furoncles qui amènent souvent la solution de la folie; l'érysipèle, la gale, la jaunisse ont parfois le même effet chez les aliénés. Il signale aussi les fièvres intermittentes guérissant la manie. Il cite à ce sujet M. HERGT qui a vu un aliéné, réputé incurable, se rétablir après 14 années de manie, sous l'influence du retour d'une fièvre intermittente, dont ce malade avait été atteint lors de son entrée dans l'établissement. Dans le chapitre sur les affections de

poitrine, nous trouvons « la consommation pulmonaire s'arrête souvent à l'apparition d'une manie, elle alterne aussi avec l'aliénation mentale ». Dans le tome III sur les phrénopathies, nous notons : « Il arrive que les plaies des lésions accidentelles entraînent de fortes suppurations amenant un bien-être inattendu, parfois une guérison complète et cela en peu de temps ».

Un peu plus tard, B.-A. MOREL émet la conception des folies sympathiques en étudiant les relations entre les troubles psychiques et somatiques; il appelle folies sympathiques, toutes les aliénations qui sont la conséquence de troubles ou de lésions spéciales et primitives de l'organisme.

Comme ESQUIROL, il réunit, sous le nom de crise, les troubles somatiques qui surviennent au cours des psychoses, soit qu'ils alternent avec ces dernières, soit qu'ils en marquent la guérison. Il donne les exemples suivants : « Un homme ayant un état délirant, avec exacerbations maniaques, qui durait depuis plusieurs semaines, fut atteint d'un érysipèle du cuir chevelu et la guérison fut immédiate et complète ». « Une foule d'états délirants chroniques, dont quelques-uns avaient été jugés au-dessus des ressources de l'art, ont été radicalement modifiés grâce à des pneumonies, des exanthèmes, des diarrhées dysentéroides, des abcès de la parotide ».

Il rapporte le cas d'une paralysie générale guérie par un abcès du foie qui rendit une quantité de pus incroyable, l'abcès était resté fistuleux et il entretint la suppuration jusqu'à complète guérison au moyen d'une mèche dans la plaie. Il cite le cas rapporté par le Docteur MERIER d'un malade atteint de manie aiguë jugée rapidement par un abcès de la fesse.

Cependant MOREL pense qu'il y a exagération dans la doctrine émise par ESQUIROL à propos de la valeur absolue

des crises, et qu'il peut y avoir des guérisons sans crises et des crises non suivies de guérison. Mais ce qui est surtout intéressant dans les conclusions de MOREL, c'est la conduite que doit tenir le médecin en face d'une maladie incidente au cours de l'aliénation; voici ce qu'il dit : « Ou bien, il s'agira d'une affection légère, d'un érysipèle, d'un furoncle, d'une hémorragie peu intense et qui ne compromettra en aucune façon la vie, et alors on pourra l'abandonner à elle-même et suivre une médication expectante, ou bien elle sera dangereuse, et ce serait une faute grave de ne point intervenir; il ne serait pas permis de rester inactif en face d'une affection grave, d'après cette idée qu'on a vu la folie se dissiper pendant sa durée ou définitivement ».

Soulignons en passant la sagesse de ce conseil de MOREL qui estime qu'on n'est pas autorisé à courir un risque sur des données pathogéniques incertaines.

A la même époque, MARCÉ conserve la notion de crise; mais il la trouve trop absolue, et dit que souvent les troubles somatiques ne donnent aucun changement dans l'évolution des psychoses; cependant il reconnaît que dans certains cas il y a une intrication certaine entre troubles somatiques et psychiques et il donne l'exemple suivant qu'il a observé : « J'ai vu un rhumatisme articulaire aigu faire disparaître complètement pendant 15 jours un état de stupeur devenu chronique, la maladie mentale reparut à mesure que le rhumatisme approchait de sa fin ».

Il restreint donc la doctrine de la crise d'ESQUIROL et classe les phénomènes somatiques dans leurs rapports avec les troubles psychiques en trois catégories :

- 1° Crises par rétablissement des fonctions physiologiques;
- 2° Crises par révulsion ou substitution;
- 3° Crises par cessation de la cause d'une folie sympathique.

Dans la première catégorie, il s'agit du rétablissement de certaines fonctions comme : la digestion, l'assimilation, les sécrétions physiologiques : sueur, salive, menstruation, qui, supprimées pendant la maladie, se rétablissent au moment du retour à la santé.

Dans la deuxième catégorie, il s'agit de phénomènes somatiques : affections soit locales soit générales qui agissent sur la folie, soit par révulsion soit par substitution; il donne de nombreux exemples caractéristiques.

Il rappelle quelques cas impressionnants d'ESQUIROL et de PINEL et cite : BARTH (de Sirentz) qui, dans les *Ann. Méd. Psychol.*, 1847, rapporte le cas d'une monomanie religieuse qui après plusieurs mois d'évolution fut guérie après apparition à la nuque d'un anthrax considérable suivi d'une longue suppuration ;

GEORGET qui a vu une jeune maniaque guérie rapidement à la suite de phlyctènes gangréneuses apparues aux pieds et aux jambes ;

FOVILLE qui, dans sa thèse (Paris, 1824), cite le cas d'une psychose puerpérale guérie après formation d'un abcès du sein ;

AUBANEL et FERRUS qui ont signalé l'heureuse influence des vastes suppurations sur la marche de la folie ;

THORE qui cite deux cas de manie, l'un durant depuis quelques mois, l'autre depuis quelques années, et qui tous deux guériront rapidement après l'apparition d'un érysipèle de la face ;

Il cite l'eczéma et le prurigo très étendus, qui, développés chez les aliénés, ont amené la disparition des accidents nerveux.

Puis il parle des affections pulmonaires agissant sur la folie en alternant avec elle ou en se substituant à elle ; il cite : THORE qui, dans les *Ann. Méd. Psychol.*, 1844, rapporte

l'observation très curieuse d'une manie furieuse alternant avec une double pneumonie : la pneumonie apparut deux fois et deux fois le délire cessa complètement ;

GERMAIN et BOUCHET qui rapportent dans les *Ann. Méd. Psychol.*, 1844, un cas de stupeur chronique terminée heureusement par une pneumonie.

Il note également l'influence de la phthisie pulmonaire sur la marche de la folie : il cite le cas d'une fille de 35 ans, qui est atteinte depuis deux années d'un accès de folie avec de violents paroxysmes d'agitation, elle devient phthisique et à mesure que l'altération organique fait des progrès, les troubles intellectuels diminuent d'intensité, et aboutissent à un état parfait de la raison qui persista jusqu'à la mort.

Il cite : BOUCHET (de Nantes) qui, dans les *Annales d'Hygiène* de 1840, rapporte un cas fort curieux où la manie et la phthisie pulmonaire marchent simultanément dans la voie de l'amélioration ;

Richard MEAD qui vit les symptômes d'une tuberculose pulmonaire s'amender et disparaître à mesure que le délire et les hallucinations se manifestaient.

Il note que ces observations concordent avec l'idée de PINEL, qui, dans sa thèse inaugurale, dit qu'il existe une sorte d'alternance entre les symptômes de la phthisie pulmonaire et le phénomène de délire.

La fièvre, dit-il, a souvent exercé une influence des plus énergiques sur l'heureuse terminaison de la folie, et l'axiome hippocratique « *Febris spasmos solvit* » est souvent vérifié, et il en cite quelques exemples.

Dans sa troisième catégorie il s'agit de troubles somatiques qui ont déclenché l'aliénation : folies sympathiques, quand la maladie primitive guérit, elle amène souvent la guérison de la folie ; il cite l'exemple suivant : Une femme

devient folle, en même temps qu'un polype utérin se développe chez elle; on enlève le polype et la folie guérit.

FALRET, à la même époque, pense qu'il y a beaucoup d'exagération à prétendre qu'il n'y a point de guérison stable de la folie sans apparition de phénomènes critiques appréciables : « Sans vouloir condamner un antique dogme de la pathologie générale, dit-il, la folie est loin d'avoir fréquemment son origine dans une maladie physique, dont la disparition coïnciderait avec la production du délire, et qui, en reparaissant de nouveau, pourrait guérir la maladie mentale. Cependant nous avons observé assez souvent des cas de ce genre pour en tenir compte dans l'étiologie et le pronostic de la folie, ce sujet mériterait au plus haut degré d'attirer l'attention des observateurs ». Il cite la thèse de BEAUNE sur la guérison des maladies mentales où sont rapportés des faits très intéressants sur les rapports de la folie avec les maladies physiques.

GIRARD publie dans les *Annales Médico-Psychologiques*, un article sur: l'influence des fièvres intermittentes sur l'épilepsie et la folie; il donne de nombreuses observations détaillées et montre les fréquents résultats bienfaisants observés; il cite également quelques cas où la fièvre typhoïde a interrompu définitivement le cours de la folie.

WOILLEZ, dans un compte rendu sur l'épidémie de choléra à l'Asile de Clermont, montre que chez une dizaine de malades les troubles psychiques ont complètement disparu.

BERTHIER (de l'Asile de Bourges), dans un article intitulé « Fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale », dit que la fièvre peut agir soit comme cause provocatrice de la folie, soit comme agent modificateur de la folie, et il conclut: « Comme condition thérapeutique, la fièvre exagère quelquefois la folie, la suspend le plus souvent et juge cette maladie dans certaines circonstances trop ou assez négligées ».

GRIESINGER, dans son *Traité sur les maladies mentales*, rapporte des observations caractéristiques de l'influence des troubles somatiques sur les phénomènes psychiques; il cite en particulier le cas d'une malade atteinte d'un délire mélancolique avec agitation, cris, survenu à la suite d'un accouchement et durant depuis plusieurs années; survient une crise de R. A. A., la malade se calme, son délire se dissipe, mais la suppression de la maladie articulaire fait apparaître de nouveau les troubles mentaux, pendant trois mois les signes psychiques alternent avec les phénomènes articulaires, et finalement la malade retrouve une santé parfaite, et sort guérie de l'asile. On trouve, en outre, deux autres observations typiques; dans l'une il s'agit « d'hypochondrie, mélancolie profonde, guérison après fièvre intermittente », dans l'autre, il s'agit d'un cas de paralysie générale, guérie depuis quatre ans, après une suppuration abondante de la nuque.

VARGA, psychiatre italien, rapporte un cas de mélancolie grave avec idées de suicide, guérie par un érysipèle de la face.

SPONHOLZ, psychiatre allemand, publie en 1877 un article intitulé : « De l'influence des affections somatiques sur la marche des psychoses » où il dit : « Nous avons cru que la doctrine des crises dans la folie était solidement établie, nous l'avions admise sur la foi de nos maîtres et, à vrai dire, quelques faits de notre pratique courante venaient par ci par là confirmer les affirmations des PINEL, ESQUIROL, GUISLAIN et autres ». Il a exceptionnellement vu une maladie intercurrente venir modifier ou arrêter le cours d'une psychose, sauf en des cas très rares; il fait une exception pour le phlegmon diffus, l'influence de l'érysipèle phlegmoneux est si évidente pour lui qu'il pratique des frictions irritantes sur la tête pour inviter la nature à en suivre les indications.

WAGNER-JAUREGG, dans un article avec BERTHIER, sur « la fièvre et l'aliénation mentale », cite :

BOERHAVE qui dit que la fièvre intermittente est quelquefois le remède de la manie;

BELGARRIC qui rapporte un cas de folie résolue par la fièvre quarte;

FODÉRE qui met la fièvre au nombre des crises les plus ordinaires de la folie après les hémorragies;

Régis REY de CADILLAC qui raconte qu'un homme tombé dans la démence à l'âge de 70 ans, recouvre l'exercice entier de ses facultés intellectuelles à la suite d'une fièvre putride et maligne.

C'est dès cette époque que WAGNER JAUREGG, après ses observations et publications sur les fièvres intercurrentes au cours des maladies mentales, a recommandé les inoculations de la fièvre paludéenne comme traitement des psychoses, méthode dont l'emploi a été inauguré en 1917 seulement dans la paralysie générale; c'est aussi à cette époque que WAGNER a fait expérimenter à ses élèves la tuberculine d'abord et le bacille pyocyanique. Cette méthode d'inoculation a été continuée et perfectionnée par la suite, nous en parlerons au chapitre de la thérapeutique.

Nous trouvons ensuite d'assez nombreuses publications sur l'influence des maladies somatiques sur les troubles psychiques :

MABILLE publie un cas de paralysie générale guérie par une suppuration prolongée de la nuque.

MARANDON DE MONTYEL étudie la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie; il rapporte 5 cas de disparition complète des troubles mentaux.

BINET, dans son travail sur « *les parentés morbides* », dit : « chez un malade on voit se succéder : bronchite, névrose des organes de la respiration et de la digestion et li-

pémanie » ; plus loin il note que l'asthme alterne parfois avec l'aliénation et l'épilepsie.

A l'étranger, CAMPBELL, puis PERCY SMITH étudient la même question et exposent des cas de cessation totale des troubles mentaux chez les aliénés après la fièvre typhoïde.

WEST cite un cas de chorée avec troubles psychiques guérie complètement après une fièvre typhoïde.

SCZYPIORSKI a observé à l'asile de Saint-Dizier un cas de lypémanie guérie rapidement après un érysipèle de la face.

MOSHER, en Amérique, publie le cas d'un malade « stuporeux, méfiant, tentative de suicide » dont la psychose évolue depuis 7 ans et qui fut atteint d'une pleurésie en avril de la septième année, le malade sortit de l'asile au mois d'octobre suivant, guéri de ses troubles psychiques et somatiques.

GOODALL et BULLEN, dans le *Journal of Mental Science*, publient un article sur les effets d'une maladie physique intercurrente sur les désordres mentaux ; ils passent en revue les nombreuses complications physiques, dont l'invasion a été bienfaisante pour les aliénés : exanthèmes infectieux, fièvre typhoïde, érysipèle, fièvre intermittente, choléra, R. A. A., pneumonie, pleurésie, asthme, goutte, phlegmon et anthrax ; des améliorations et des guérisons ont été obtenues dans des cas désespérés, plus souvent dans les *formes affectives* (manie, mélancolie, stupeur) que dans les *formes systématisées*. Il faut les attribuer, dit BULLEN, à l'action d'un poison introduit dans l'économie par la maladie intercurrente, c'est bien à l'intoxication et non à la fièvre qu'on est redevable du résultat ; il cite le cas d'un épileptique qui fut atteint successivement d'érysipèle et de fièvre typhoïde, les attaques ont été suspendues pendant la durée de la première affection fébrile et ont persisté pendant la seconde, il en conclut que les toxines de

L'érysipèle et celles de la fièvre typhoïde ont une action différente sur l'épilepsie. D'après lui l'introduction de certaines toxines dans l'économie combat les maladies d'origine bactérique, par neutralisation d'une toxine par une autre; mais les vésanies d'origine bactérique sont encore peu nombreuses (délire aigu, états puerpéraux) et l'on est réduit à chercher l'explication de la crise dans un trouble nutritif déterminé par la toxine, il faut entendre par là un métabolisme plus actif, une énergie accrue de la fonction dépurative. Il permet d'interpréter assez bien les changements apportés par les maladies intercurrentes, non seulement dans les folies aiguës, mais encore dans les cas chroniques, par la réparation des tissus dégénérés qui n'auraient pas subi une altération trop profonde.

LANNOIS étudie les rapports de la fièvre typhoïde avec l'épilepsie, il conclut que la fièvre typhoïde a une action nocive sur l'épilepsie contrairement à d'autres maladies infectieuses qui provoquent fréquemment la suppression des crises.

SÉGLAS, dans sa thèse, étudie l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie, et donne des exemples de régression pendant la période fébrile.

CAMUSSET, dans un article intitulé « des modifications observées dans l'état mental des aliénés atteints de choléra », résume les faits qu'il a observés au cours d'une épidémie à l'Asile de Bonneval : « Le choléra, dit-il, a donné des rémissions totales chez 22 maniaques; si le choléra guérissait, l'état maniaque réapparaissait »; et il conclut : « Le choléra agit d'une façon favorable surtout chez les maniaques; il fait disparaître les délires peu systématisés des maniaques et des mélancoliques mais n'a aucun effet sur la démence et les délires chroniques ».

BAILLARGER, dans son *Traité des Maladies mentales*, rapporte une observation où l'apparition d'hallucinations suspendait immédiatement la migraine quelque forte qu'elle fut, mais elles avaient à peine cessé que la douleur se faisait à nouveau sentir. Dans son chapitre sur la folie paralytique, il cite des cas où l'apparition de suppurations diverses a provoqué la guérison.

RÉGIS a noté également l'action des maladies intercurrentes sur la marche de la folie. Voici un passage extrait de son « Manuel de Médecine Mentale » :

« Une autre particularité également curieuse, c'est l'action salubre qu'exercent parfois sur la marche de la folie les maladies intercurrentes, agissant ainsi par une sorte de dérivation. Cette action a été mise en lumière sous le nom de crise par ESQUIROL qui est allé jusqu'à déclarer qu'il n'y avait de guérison de la folie que celle qui s'opérait par crise. Il est certain qu'on peut voir guérir une psychose même ancienne et réputée à peu près chronique, sous l'influence d'une maladie fébrile, d'une suppuration, etc... C'est d'ailleurs sur ce fait d'observation qu'on s'est basé pour appliquer aux psychoses le traitement par les abcès de fixation et celui par les injections de virus atténués ».

B. BALL, dans ses *Leçons sur les maladies mentales*, dit ceci : « On a souvent vu des maladies intercurrentes : le typhus, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre intermittente, amener des guérisons inespérées. Il en est de même des coups et des clous sur la tête; dans un cas cité par TUKE et BUCHNILL, l'apparition d'un asthme alternait avec les troubles intellectuels qui s'effaçaient pendant la crise, pour reparaître plus tard ».

Dans sa leçon : « La folie chez les phthisiques », il étudie les rapports qui existent entre la tuberculose et les psychoses. Il distingue deux modes de relation :

1° Chez certains sujets les deux affections suivent une marche parallèle et aboutissent à la mort plus ou moins rapidement;

2° La folie et la phtisie peuvent obéir à la loi d'alternance et se remplacer mutuellement.

Il n'est pas rare de voir un aliéné, après la guérison de sa maladie mentale, offrir tout à coup des symptômes de tuberculose, qui s'arrêtent si la folie reparaît, et qui suivent leur cours ordinaire si la raison se maintient.

Il donne les exemples suivants : « Un jeune homme après avoir passé trois ans en état de stupeur, parvient à la guérison assez complète pour pouvoir se marier, après des signes pulmonaires et une hémoptysie. Le cas contraire peut être observé, dit-il, l'affection pulmonaire se développe et semble destinée à suivre son cours, lorsque tout à coup le délire éclate, à partir de ce moment, les signes physiques et les symptômes rationnels de la phtisie disparaissent et la santé générale semble se raffermir. Il donne comme exemple la belle observation de MEAD, extraite du *Medical Works of Richard Mead*, Dublin 1767, page 368 : « Une jeune fille fut atteinte d'une toux violente avec hémoptysie, deux mois plus tard survient une fièvre hectique, avec transpirations nocturnes, amaigrissement extrême et expectoration muco-purulente; la malade se voyant aux portes de la mort commence à s'inquiéter du salut de son âme, progressivement elle est accablée de terreurs mystiques et elle est bientôt atteinte de folie religieuse; jour et nuit elle voit des démons, des flammes sulfureuses, des images nombreuses des tourments de l'enfer; mais à partir de ce moment les symptômes de la maladie de poitrine commencent à s'amender : la chaleur fébrile disparaît, l'expectoration cesse, les transpirations disparaissent et l'état général est tellement amélioré que ses forces sem-

blent s'accroître à mesure que la raison s'affaiblit... ». Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels, dit BALL, et le psychiatre anglais SKAE prétend que dans certains cas il n'est pas rare de voir alterner plusieurs fois de suite les deux affections; « c'est le signe des maladies générales de se porter successivement sur les divers points et de menacer tour à tour des régions très éloignées : la goutte remonte à l'estomac quand elle abandonne les articulations, et le moyen le meilleur de faire cesser la migraine d'un gouteux c'est de ramener la fluxion vers la poitrine ».

CHASLIN, dans son traité sur *la confusion mentale primitive*, parlant de guérison, dit que celle-ci peut être amenée par une crise. SAUZE insiste beaucoup sur ce fait, dit-il, il mentionne le retour des règles, le retour de la transpiration, une fièvre intense avec diaphorèse abondante, la salivation, la diarrhée, un abcès, un érysipèle; SCHÜLE a noté une éruption furonculaire.

KRAEPELIN, dans son *Traité de psychiatrie*, parle peu des rapports entre les troubles somatiques et psychiques, on trouve seulement à ce sujet le passage suivant :

« Dans une série restreinte de cas, on a observé la guérison psychique pendant ou après une affection fébrile (fièvre typhoïde, érysipèle, paludisme), plus rarement après des hémorragies abondantes, des suppurations graves ou des traumatismes craniens. Le plus souvent il s'agit de maladies mentales à début récent : mélancolie, manie ou amentia, mais parfois la même influence salutaire s'observe dans des cas anciens et semblant désespérés. Des améliorations ont été observées dans la paralysie générale après des suppurations. D'autre part, même chez des malades depuis longtemps déments ou incohérents, on peut voir au cours d'une maladie fébrile, les idées délirantes entrer en régression et céder la place à une activité intel-

lectuelle inattendue, pour une courte durée de temps il est vrai... »

TOULOUSE et MARCHAND, dans la *Revue de Psychiatrie*, étudient l'action des maladies infectieuses sur l'épilepsie; les maladies intercurrentes et surtout les maladies infectieuses ont une influence heureuse sur l'épilepsie; ils rapportent trois observations de femmes épileptiques atteintes, l'une d'érysipèle, l'autre de fièvre typhoïde, la troisième de pneumonie; les accès ont été suspendus pendant la durée de la maladie et ont reparu dès que la fièvre est tombée; ils donnent une explication pathogénique de cette suspension des crises pendant la fièvre, nous l'exposerons dans notre chapitre sur la pathogénie.

PELLISSIER, dans sa thèse, étudie également l'influence des maladies infectieuses sur la marche de l'épilepsie, il rapporte neuf observations d'épileptiques dont les crises ont été interrompues au cours de maladies infectieuses diverses.

OMOROKOFF, psychiatre russe, a noté l'influence bienfaisante des maladies infectieuses intercurrentes sur le cours des psychoses; cette influence bienfaisante est surtout marquée sur les psychoses aiguës et sur l'épilepsie, très peu sur la démence précoce.

RAFFEGEAU, MIGNON et LEULIER (du Vésinet) ont présenté au Congrès d'Amiens 1911 un article sur « l'Etude des Métafastases mentales chez les asthmatiques »; le fait saillant est le remplacement de la crise d'asthme par la crise mentale; dès que les phénomènes mentaux apparaissent, l'asthme cesse complètement et dès qu'il reprend, la psychose disparaît.

Après la guerre, DAMAYE étudie les troubles mentaux associés à la grippe et les troubles mentaux guéris par la grippe; il rapporte un cas de mélancolie avec idées de per-

sécution et un cas de délire mystique nettement guéris par la grippe.

MOREIRA, au Brésil, étudie également les rapports de la grippe avec les psychoses; la grippe, dit-il, a souvent modifié le cours des psychoses aiguës en l'améliorant, l'agitation et le délire ont pu être suspendus au cours de la période fébrile de la grippe; par contre quelquefois le délire s'est greffé sur celui de la psychopathie, ainsi exacerbée.

GORDON et MENINGER, aux Etats-Unis, étudient également l'influence de la grippe sur l'épilepsie et les troubles mentaux des épileptiques : « La grippe peut suspendre l'épilepsie comme si la toxine grippale neutralisait la toxine épileptique; les crises font ordinairement défaut pendant la période fébrile, par contre les troubles mentaux sont le plus souvent aggravés ».

LEROY présente en 1922 deux cas de psychoses complètement guéries après une affection somatique; dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, internée depuis deux ans à Maison Blanche pour un état mélancolique avec inhibition intense et indifférence. Elle guérit complètement à la suite d'une pleurésie. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune fille restée pendant onze ans dans un état catatonique complet, c'était une véritable automate, une poupée articulée, sans délire, mais inhibée et engourdie; un jour, elle fait une tuberculose aiguë dont elle meurt deux mois après. Dès l'apparition de cette tuberculose tous les symptômes de catatonie disparaissent et elle redevient tout à fait normale.

Dans la discussion qui suit cette présentation de malades, LAIGNEL-LAVASTINE rappelle une publication qu'il a faite à la Société Anatomique sur une malade, démente précoce hébéphréno-catatonique, redevenue consciente et lucide quatre jours avant son décès par tuberculose pulmonaire.

MIGNARD, dans cette même discussion, cite le cas de la régression des troubles mentaux chez une catatonique deux heures avant sa mort.

USSE, rapporte le cas d'un confus mélancolique interné depuis trois ans et qui après une pleurésie séro-fibrineuse eut une amélioration progressive de son état mental et put sortir guéri.

COURBON, donne une explication pathogénique dans un article sur « la régression des troubles mentaux devant les maladies somatiques intercurrentes ». Nous exposerons sa conception dans notre paragraphe sur la pathogénie.

CLAUDE et Mlle BADONNEL ont présenté à la Société clinique de Médecine Mentale, une malade atteinte de psychose intermittente ayant nécessité plusieurs internements antérieurs. Huit jours après le début d'un accès maniaque avec agitation violente, des accidents de thrombose artérielle se produisent au niveau de la jambe droite ; l'accès maniaque cesse brusquement ; l'excitation réapparaît au moment où le rétablissement de la circulation devient enregistrable à l'oscillomètre. Peut-être, concluent-ils, est-il possible d'invoquer comme cause de l'arrêt brusque de l'accès maniaque, la mise en liberté de protéine hépatique (Nolf), liée au processus de thrombose et ayant déterminé un choc.

TINEL et LAMACHE étudiant d'une façon complète les relations de la psychose maniaque dépressive avec les crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme et d'urticaire, rapportent de nombreuses observations où alternent et se substituent : la migraine et la psychose périodique ; la migraine et l'épilepsie ; l'asthme et la psychose périodique, l'eczéma, l'urticaire et les troubles psychiques.

Ils concluent en disant que la notion d'une parenté entre ces différentes affections, si elle pouvait être manifes-

tement établie, serait d'un intérêt capital, car tout progrès réalisé dans la connaissance du mécanisme pathogénique de l'une d'elles, serait nécessairement valable pour les autres, et tout progrès réalisé dans les méthodes thérapeutiques de l'une d'elles pourrait légitimement être utilisé pour toutes les autres.

SANDRI rapporte aussi un cas d'alternance entre l'asthme des foin et la psychose maniaque dépressive.

En 1930 CLAUDE et BARUK étudient les troubles psychiques dans les phases torpides et les phases prémonitoires de la tuberculose.

TOULOUSE étudie également les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux dans un article « *Tuberculose et Psychopathie* » où il insiste sur les conditions humorales et certaines conditions du terrain.

Puis de nombreux travaux sur les relations de la tuberculose et la démence précoce furent entrepris.

BARUK, BIDERMAN et ALBANE attribuent le balancement entre troubles psychiques de la démence précoce et la tuberculose, à l'allergie, leurs conclusions sont le résultat d'observations cliniques et de recherches expérimentales ; ces recherches ont été ensuite exposées en détail dans la thèse d'ALBANE.

D'autres auteurs, au contraire, envisagent plutôt l'existence d'un virus atténué.

TOULOUSE, SCHIFF, WALTIS, et Van DEINSSE²; et CLAUDE, COSTE, WALTIS et Van DEINSSE, ne voient dans cette évolution torpide de la tuberculose qui accompagne la démence précoce, que la manifestation d'un virus atténué, en particulier d'un virus filtrant.

Toutefois BARUK, SAUVAGE et ALBANE ont rapporté un cas impressionnant de balancement avec virus tuberculeux extrêmement actif.

Cette question apparaît très complexe et n'est pas encore élucidée.

En dehors de ces balancements entre la tuberculose et la démence précoce, d'autres balancements très variés ont été observés et rapportés, non seulement dans la démence précoce mais dans toutes les variétés d'états névropathiques et psychopathiques.

BARUK dans un article sur les obsessions parle de l'intrication possible entre la migraine et l'obsession. « La migraine, dit-il, est fréquente chez les obsédés et parfois même elle est nettement intriquée avec le paroxysme obsédant, comme chez un de nos malades chez lequel l'obsession apparaissait chaque fois brusquement à la fin d'une crise de migraine ».

Dans son *Rapport sur l'hystérie*, au Congrès de Bruxelles en 1935, le même auteur parle du rôle possible de la tuberculose dans le pithiatisme, rôle délicat à interpréter. Nous avons toutefois dit-il, noté chez certains pithiatiques, un balancement entre les poussées tuberculeuses et les troubles nerveux, analogue à celui qu'on observe dans certaines psychoses, notamment dans la démence précoce...

C'est dans ces conditions qu'avec le Dr BARUK, en avril 1936, nous avons rapporté des observations impressionnantes de balancements psycho-somatiques et que nous avons envisagé l'étude de ces balancements psycho-somatiques sous forme d'une loi générale.

Nous avons ensuite publié avec le Dr BARUK, Mlle GÉVAUDAN et FOUQUET l'observation d'une mélancolique qui après un accident survenu au cours de l'alimentation à la sonde retrouva brusquement sa lucidité dans les journées qui précédèrent sa mort.

GUIRAUD et NODET, l'an dernier dans une publication sur le principe et la technique de l'insulinothérapie parlent de

guérisons inattendues qui se font souvent sous l'influence de maladies physiques graves, ils rappellent que dans les périodes d'agonie, les malades paraissant déments, récupèrent une lucidité complète...

Au Congrès de Nancy, CHRISTY rapporte quelques observations de balancements psycho-somatiques reprenant ce terme que nous avons utilisé dans notre travail.

Dans cette étude historique nous voyons que les rapports entre les troubles somatiques et les troubles mentaux ont été observés depuis la plus haute antiquité sous des noms différents et des aspects divers. De nombreuses observations ont été rapportées, mais on n'a jamais étudié ces phénomènes sous forme d'une loi générale de balancements psycho-somatiques.

ETUDE CLINIQUE

Dans notre chapitre clinique nous allons exposer nos observations et essayer de montrer que les balancements psycho-somatiques peuvent être envisagés sous forme d'une loi générale.

Nous exposerons successivement dans des paragraphes différents : les formes variées sous lesquelles peuvent se présenter les balancements psycho-somatiques :

I. — Les AMÉLIORATIONS ET GUÉRISONS APRÈS UNE FIÈVRE SPONTANÉE ET A LA PÉRIODE PRÉAGONIQUE DES AFFECTIONS GRAVES.

II. — Les STADES PSYCHO-SOMATIQUES.

III. — Les ALTERNANCES ET LES SUBSTITUTIONS MORBIDES.

IV. — Les GUÉRISONS DES PSYCHOSES GRAVES APRÈS UNE LOCALISATION VISCÉRALE.

AMÉLIORATIONS ET GUÉRISONS DES TROUBLES MENTAUX SURVENUES APRES UNE FIEVRE SPONTANEE ET A LA PERIODE PREAGONIQUE DES AFFECTIONS SOMA- TIQUES GRAVES.

Les guérisons et améliorations passagères des troubles mentaux par la fièvre ont été constatées depuis la plus haute antiquité : HIPPOCRATE et GALIEN en citent des exemples; ESQUIROL rapporte des cas impressionnants de régression de troubles psychiques par la fièvre spontanée, et la médication pyrétique fut essayée à son époque : « Le Médecin chargé de l'hospice des insensés de Tuebingen en Wurtemberg, dit ESQUIROL, fait prendre aux aliénés de son hospice le muriate de mercure doux, à doses répétées, afin d'exciter un mouvement fébrile, ce qui lui réussit quelquefois. » Mais il insiste sur le fait que les résultats obtenus ne sont que passagers et que jamais on obtient les effets d'une fièvre spontanée. « Ce que l'art ne peut toujours faire, la nature l'opère pour quelques individus et il n'est pas rare que non seulement des fièvres symptomatiques mais des fièvres spontanées jugent la folie » dit-il.

C'est au milieu du siècle dernier qu'ont commencé les études sur l'action de la fièvre sur les troubles psychiques et les méthodes pyréthérapiques. BERTHIER étudie en détail dans les *Annales Médico-Psychologiques* 1861, la fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

WAGNER JAUREGG fait la même étude et préconise l'emploi du Nucléinate de soude en psychiatrie; son élève FISCHER l'expérimente dans son service; ensuite se succèdent toutes les méthodes pyrétothérapiques que nous étudierons dans le chapitre sur la thérapeutique. Toutes ces méthodes ont donné des résultats indiscutables mais bien souvent aussi des échecs ou des rémissions passagères et incomplètes, et on voit parfois les méthodes pyrétothérapiques échouer alors qu'une fièvre spontanée donne une guérison complète et durable; l'observation suivante est caractéristique à ce sujet :

OBSERVATION N° 1

(Observation publiée par M. L. DAELMANN (Lede) dans le *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*).

PSYCHOSE PUERPÉRALE A ÉVOLUTION DÉMENTIELLE.

GUÉRISON BRUSQUE PAR FIÈVRE SPONTANÉE.

Mme H..., atteinte de psychose puerpérale qui a évolué pendant deux ans vers un syndrome de démence précoce.

Au début : Psychose aiguë avec fièvre, atteinte grave de l'état général : agitation, état confusionnel, facies anxieux.

Puis la température tombe, mais la malade reste hébétée, confuse, inerte, mutisme, refus d'aliment (on lui passe la sonde) ; au bout de deux mois, elle mange, mais gaspille ses aliments, en crache la moitié ; elle devient hostile, présente du négativisme, du gâtisme ; il lui est même arrivé de manger ses excréments.

Même état pendant deux ans, sans intervalles normaux, tout fait penser à une évolution vers la démence précoce.

De nombreuses thérapeutiques sont faites, genoestryl, puis pyrethérapie par abcès de fixation, sans résultat ; six mois plus tard on fait la malariathérapie, aucun résultat.

Quand au bout de deux ans, la malade fait *brusquement de la fièvre* avec fortes douleurs dans le ventre.

Dès le premier accès fébrile, la malade paraît tout à fait changée, elle accueille amicalement ceux qui l'approchent et accepte de prendre ce qu'on lui ordonne, la fièvre et les douleurs persistent encore au 3^e jour ; on injecte du vaccin de Bertrand à doses croissantes ; au bout de dix jours, la malade se lève, parle, mange seule, s'occupe de travaux ménagers ; elle est affectueuse envers son mari lors de ses visites et tient des propos tout à fait raisonnables.

On constate qu'il existe une *amnésie lacunaire* sur toute la période de la maladie, puis la malade se comporte tout à fait normalement et sort le 1^{er} avril 1935. Depuis, elle est tout à fait normale comme avant sa maladie.

Cette observation nous montre la guérison complète par fièvre spontanée, alors que deux essais antérieurs de pyrétothérapie n'avaient donné aucun résultat, et qu'il faut toujours espérer la guérison dans les psychoses d'origine toxi-infectieuse, elle est quelquefois tardive et inespérée alors que la situation montre une évolution vers un syndrome de démence précoce.

L'observation de malades retrouvant toute leur lucidité à la période préagonique a frappé souvent les psychiatres. LAIGNEL-LAVASTINE rapporte dans les *Annales Médico-Psychologiques* 1922, dans la discussion qui suit la présentation d'une malade de LEROY, le cas d'une démence précoce hébéphrénocatatonique redevenue lucide et consciente quatre jours avant sa mort par tuberculose pulmonaire.

MIGNARD dans la même discussion rapporte un cas de régression de troubles mentaux chez un catatonique quelques heures avant sa mort.

GUIRAUD et NODET rappellent ces faits au cours de leur exposé sur la méthode de l'insulinothérapie.

Nous avons observé à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, une jeune démente précoce hébéphrénocat-

tatonique, internée depuis plusieurs années qui fit un jour une granulie pulmonaire, nous avons alors assisté au changement complet de son comportement ; elle cessa d'être opposante, se laissa soigner, devint plus lucide, entrant bien en contact pendant la conversation, fut très polie et très douce avec son père et lui demanda de rester près d'elle; elle mourut une dizaine de jours plus tard ayant toute sa lucidité et son jugement.

Nous rapporterons également le cas d'une mélancolique chez qui, à la suite d'accidents survenus au cours de l'alimentation à la sonde, nous vîmes disparaître tous les signes mentaux quatre jours avant sa mort.

OBSERVATION N° II

(Publiée dans les A. M. P., février 1937, par H. BARUK,
P. FOUQUET, J. MATHEY et Mlle GÉVAUDAN.)

DISPARITION TOTALE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ UNE MÉLANCOLIQUE QUELQUES JOURS AVANT SA MORT.

Mlle Madeleine H..., âgée de 44 ans, entre dans le service le 17 août 1936, avec le certificat suivant : «... Reste assise dans un coin, le visage obstinément tourné vers un objet, vers le sol, dans une attitude figée, ayant négligé sa toilette. Elle répond avec difficulté, lenteur et à regret, aux différentes questions posées. Depuis trois jours, refuse obstinément de s'alimenter et de boire ; dort d'un sommeil agité. D'autre part, Mlle H... a fait déjà un séjour de plusieurs années à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, en 1910. Elle a aussi, à cette époque, tenté de se suicider en se jetant dans la Marne ». (Signé: Dr CHEVALIER).

Dès son entrée, on doit se résoudre à l'alimentation forcée ; deux fois par jour, lait sucré et jus de fruits par la sonde nasale. A de rares intervalles, elle accepte de manger normalement, et se plaint de vagues maux d'estomac.

Cet état dure depuis plus d'un mois, sans changement, quand, le lundi 28 septembre, après avoir été nourrie le matin à la sonde, elle éprouve vers 4 heures de l'après-midi, un malaise ; on la couche. on la réchauffe, elle se remet aussitôt ; vers 19 h. 30, elle reçoit un litre et demi de lait par la soude ; comme chaque fois, elle se débat, fait des efforts de vomissements, mais aucun accès de toux, ni de suffocation ; on note seulement un brusque relâchement des sphincters anal et vésical.

A 20 heures, rappelés d'urgence, nous la trouvons gisant sur le dos, immobile, très pâle, les yeux révulsés, et respirant avec difficulté.

L'infirmière nous apprend que, quelques minutes après son alimentation forcée, la malade s'était levée très angoissée, manquant d'air, accusant une sensation de mort imminente, elle avait demandé, *avec une lucidité étonnante chez elle, muette à l'ordinaire*, « qu'on prévienne sa famille, parce qu'elle sent que son cœur va lâcher ».

Nous constatons que la malade réagit encore aux excitations fortes, se plaint, mais bientôt la perte de la conscience, de la motilité volontaire, de la sensibilité s'accuse : à l'état syncope fait suite un coma complet.

L'examen montre une résolution musculaire absolue, une abolition du réflexe cornéen, aucun signe de lésion neurologique en foyer ; le cœur rapide et arythmique, le pouls est incomptable, les extrémités se glacent et se cyanosent. La respiration stertoreuse s'accompagne de tirage, pourtant l'auscultation des deux champs pulmonaires est négative. L'examen de l'abdomen, souple et non douloureux, permet d'éliminer un diagnostic chirurgical.

On met en œuvre un traitement symptomatique : tonocardiaques habituels, inhalations d'oxygène, boules chaudes ; vers 21 heures, apparition d'un trismus considérable, avec exagération de la dyspnée et bouillonnement trachéo-bronchique très accentué. Une injection de post-hypophyse amène une expectoration abondante de mousse rosée et saumonée.

L'état reste très alarmant jusqu'à 3 heures du matin, où on note une nette amélioration de l'état général, le facies se recoloré, *la malade s'exprime avec lucidité*.

Le mardi matin, la température est à 39°, la dyspnée est toujours vive ; on pratique un examen complet de tous les appareils qui ne permet de mettre en évidence aucun signe permettant d'orienter le diagnostic ; on note une tension artérielle de 8×5 au Boulitte. A 14 heures, la malade vomit en abondance des haricots ingérés le dimanche, c'est-à-dire 48 heures avant le début des accidents.

Le soir, nouveau vomissement ; température 39°2 ; goutte-à-goutte rectal de sérum glucosé, tonicardiaques.

Mercredi 30 septembre : la malade se plaint de l'estomac, dont elle a, dit-elle : « toujours souffert quand elle était déprimée » ; à l'examen, on constate : à l'inspection, la région épigastrique paraît tendue, la palpation, non douloureuse, met en évidence un empâtement diffus, mal délimitable de toute la région ; la percussion montre une large matité, débordant à gauche, se confondant avec une matité hépatique normale ; la rate n'est pas percutable, le reste de l'abdomen paraît normal.

Par ailleurs, la base pulmonaire droite devient mate, les vibrations vocales ne sont plus perçues, et on entend un souffle doux, pleurétique à la limite supérieure de la matité ; le cœur reste rapide et arythmique, le pouls à 140, la température en plateau à 39°7, la tension artérielle basse.

Jeudi 1^{er} octobre, un avis chirurgical donné par le Dr Beausenat, chirurgien de l'Établissement, nous fait discuter la possibilité d'un abcès sous-phrénique à développement supérieur et à symptomatologie thoracique.

Vendredi 2 octobre : on note une rémission des signes généraux et une évolution de l'état pulmonaire ; à son tour, la base gauche devient mate ; à droite, le souffle est devenu rude et râpeux et on entend des râles disséminés en petits foyers vers l'aisselle et dans la région sous-claviculaire ; la toux est sèche, l'expectoration purulente, la dyspnée moins vive, le plastron épigastrique semble rétrocéder, la langue reste saburrale.

Le samedi, l'état paraît stationnaire, mais la température remonte et la malade meurt dans l'après-midi.

Il a été surtout frappant de remarquer chez cette pauvre femme que, dès qu'elle est sortie de son coma, dans la nuit du

lundi 28 au mardi 29, et jusqu'à sa mort, elle a retrouvé toute sa lucidité, a accepté toutes les boissons qui lui étaient offertes, a été très aimable avec sa famille, et fut parfaite au point de vue psychique, elle qui, depuis plus d'un mois, était alimentée à la sonde, ne parlait pas, était opposante et parfois agitée.

Ces faits intéressants sont utiles à connaître et doivent entrer en considération dans les méthodes thérapeutiques par choc, car il serait dangereux de croire, en se fondant sur un certain retour de lucidité préagonique, que le dégagement de l'état mental est lié à l'apparition d'une maladie grave mettant la vie en danger. De très nombreux schizophrènes ne sont nullement améliorés mentalement lorsque leur état général fléchit, et lorsqu'ils entrent en cachexie, au contraire nous avons observé des guérisons impressionnantes au moment où apparaît une localisation viscérale comme nous l'exposons plus loin.

II

STADES PSYCHO-SOMATIQUES

Il est fréquent de voir dans l'évolution des psychoses ou des affections somatiques variées, des stades évolutifs différents ; en pareil cas, il existe soit des troubles psychiques qui disparaîtront au moment où les signes somatiques entreront en scène, soit au contraire des signes somatiques qui à leur tour s'effaceront quand la psychose se manifestera.

CLAUDE et BARUK ont observé par l'épreuve du somnifène ces deux stades psychique et somatique et obtenu l'un ou l'autre suivant les doses employées; nous exposerons ces faits dans le chapitre sur la pathogénie.

Les faits observés en clinique nous permettent de considérer deux cas dans les stades psycho-somatiques. Dans un premier cas : les signes somatiques prodromiques des psychoses. Dans un deuxième cas : les affections organiques avérées qui se manifestent d'abord et pendant un certain temps, uniquement par des troubles psychiques, qui égareront le diagnostic.

A. — Phase somatique prodromique des psychoses

L'attention du Dr BARUK avait été attirée par les nombreux signes somatiques qui précèdent les troubles men-

taux des diverses psychoses; ces troubles sont étudiés dans la thèse de son élève LAURENT et se résument ainsi :

a) *Troubles céphaliques* : céphalées, vomissements, vertiges.

b) *Troubles viscéraux* :

digestifs : nausées, vomissements, angoisses abdominales.

cardio-vasculaires : tachycardie, dyspnée, syncope, lipothymie.

c) *Troubles généraux* : Amaigrissement, pâleur.

Ces signes somatiques prodromiques s'atténuent quand les troubles psychiques entrent en scène, on en trouve de nombreuses observations cliniques dans la thèse de LAURENT.

Ces troubles prodromiques ont une grande importance pour le diagnostic précoce de la psychose et son traitement à cette période initiale. Ils peuvent être rapprochés des signes somatiques que l'on observe dans les prodromes d'affections organiques cérébrales : Epilepsie, tumeurs cérébrales, syphilis cérébrale, etc..., et peuvent être considérés comme ces derniers, comme des manifestations d'une atteinte dynamique du système nerveux central, suivant l'expression du Professeur CLAUDE.

Nous rapportons une observation de CLAUDE et BARUK où des céphalées et des vertiges ont obligé une malade à se faire hospitaliser, ces signes ont complètement disparu, après l'apparition d'un état d'excitation maniaque violent :

Mme F... présente depuis plusieurs mois des céphalées et des vertiges, elle est hospitalisée à Beaujon dans le service du Pr. Achard où tous les examens pratiqués restent négatifs, le psychisme reste intact, mais au moment même où la malade allait sortir de l'hôpital, elle entre dans un état d'agitation

violente avec fuite des idées, verbigération, injures ; cet état persiste plusieurs mois, mais à ce moment la céphalée et les vertiges ont complètement disparu. La malade meurt dans les mois qui suivent et à l'autopsie on trouve un méningiome comprimant le lobe temporal droit.

De même dans l'encéphalite léthargique, on trouve des exemples très nets de troubles céphaliques ou viscéraux précédant immédiatement les troubles psychiques et disparaissant avec eux.

Le cas suivant est caractéristique :

Il s'agit d'un malade observé par le Dr Baruk avec M. Horowitz dans le service du Dr Bensaude à Saint-Antoine; il a été pris subitement de violentes douleurs gastriques simulant un ulcère, c'est pourquoi il a été hospitalisé dans le service du Dr Bensaude, mais ses douleurs gastriques font bientôt suite à des troubles brusques et violents du courant de la pensée ; une nuit il éprouve un déroulement incoercible d'idées et de souvenirs, puis, peu à peu, les jours suivants, apparaît un état de ralentissement psychique et moteur. On pense d'abord à une tumeur cérébrale, mais tous les examens restent négatifs à ce point de vue, et peu à peu se développe un syndrome parkinsonien. *A partir du début des troubles mentaux et nerveux les troubles gastriques ont complètement disparu.*

Il n'y a donc pas de différence entre les troubles céphaliques et viscéraux prodromiques de certaines maladies organiques et les mêmes troubles prodromiques des névroses et des psychoses, en particulier de la démence précoce. Ces signes prodromiques traduisent le cri d'alarme de l'atteinte du système nerveux ; si cette atteinte est légère, tout se réduit à ces signes d'alarme qui ne se transforment pas : Exemple : Névrose, psychasthénie ; si au contraire l'atteinte du système nerveux est profonde, ces signes prodromiques somatiques et douloureux sont bientôt suivis de dé-

sordres psychiques graves, c'est ce qui se passe dans les affections organiques telles que : Paralysie générale; tumeurs cérébrales; épilepsie; encéphalite, et aussi dans la démence précoce.

Au point de vue pronostic, il semble que ce syndrome somatique est d'autant plus développé qu'il s'agit de formes moins graves et moins rapidement évolutives, lorsque les céphalées et les troubles viscéraux sont fortement accusés et prolongés, le fléchissement psychique n'intervient que plus tard; par contre certaines formes à début psychique immédiat et brusque ont une évolution souvent rapide vers un affaiblissement marqué.

B. — Troubles psychiques prodromiques au cours d'affections organiques avérées du système nerveux

Il est fréquent de voir des affections organiques avérées du système nerveux se manifester par des troubles psychiques, et ce n'est que plus tard que l'affection organique se démasque.

Ces faits ont surtout été étudiés dans les tumeurs cérébrales par TOULOUSE et SCHIFF au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Paris, en 1925, puis par BARTK dans diverses publications; nous trouvons en particulier dans sa thèse deux observations caractéristiques, nous extrayons de la première le passage qui se rapporte à notre étude.

OBSERVATION N° III (Personnelle du Dr BARUK).

(Publiée dans sa thèse : *Les Troubles Mentaux dans les Tumeurs cérébrales*. Paris 1926).

PÉRIODE DE DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE PRÉCÉDANT LES SIGNES DE TUMEUR CÉRÉBRALE, ET DISPARAISANT DÈS L'APPARITION DE CES DERNIERS.

Mme S..., 37 ans.

La malade entre à la Salpêtrière, le 22 juin 1925, pour céphalée, troubles de la vue et troubles du sommeil.

Histoire de la maladie. — 1° *Période de dépression mélancolique* (un mois et demi environ). Le début de la maladie remonte au mois de janvier dernier ; à ce moment, la malade a présenté une période de *dépression mélancolique*.

La malade avait eu, dans les mois qui précédaient, quelques inquiétudes au sujet de la situation de son mari, mais ces inquiétudes s'étaient complètement dissipées quand, sans aucune cause, dans les premiers jours de janvier 1925, la malade fut prise d'une tristesse invincible et « d'idées noires ». Elle éprouvait une impression d'ennui continuelle ; rien ne l'intéressait. Elle avait des moments *d'angoisse* très intenses (sensation de constriction thoracique, accompagnée d'anxiété psychique). Il lui semblait qu'un grand malheur allait arriver ; si on sonnait à la porte, elle était prise d'une inquiétude extrême, et elle croyait qu'on venait lui annoncer un accident, une catastrophe. Elle se rendait bien compte que cet état d'anxiété était immotivé, mais il se manifestait malgré elle. Elle se trouvait toute changée ; elle était devenue irritable, impatiente ; et cet état contrastait profondément avec son humeur habituelle, gaie, égale, et son caractère énergique, actif. Jamais la malade à aucun moment de son existence, n'avait présenté la moindre tendance dépressive ; elle était toujours très « décidée » et n'a jamais éprouvé les petites manifestations de doute, de scrupule, qui sont si fréquentes dans les antécédents de beaucoup de déprimés et de psychasthéniques. Ces manifestations anxieuses survenaient en général de préférence à certains mo-

ments de la journée ; habituellement *vers la fin de la matinée*, et avant le repas de midi ; la malade se sentait alors en proie à une tristesse indicible ; toute la maison lui semblait changée ; les meubles lui paraissaient différents de ce qu'ils étaient ; elle ressentait une impression indéfinissable de malaise et elle pleurait. *Tous ces phénomènes se calmaient après le repas.*

La malade luttait tant qu'elle pouvait contre ces idées tristes, mais elles s'imposaient à elle malgré tous ses efforts. Elle souffrait davantage quand elle voyait son enfant, et elle s'indignait et se reprochait d'être incapable de s'occuper de lui ; elle se rendait compte que ses idées noires étaient immotivées ; elle les jugeait absurdes. Elle avait toutes les raisons d'être heureuse et n'avait aucune raison d'inquiétude. Malgré cela elle se sentait parfois si angoissée qu'elle était comme poussée à en finir avec la vie. Il lui est arrivé même une fois de penser à se jeter par la fenêtre. Cependant, cette idée de suicide la révoltait ; elle s'en défendait le plus possible, en raison notamment de ses convictions religieuses, mais parfois l'idée s'imposait à elle. Durant cette période, la malade présenta une vie religieuse extrêmement intense ; jamais au cours de son existence, elle n'avait manifesté un mysticisme aussi ardent ; elle trouvait dans la foi une certaine consolation, mais elle éprouvait également des inquiétudes intenses, des scrupules concernant son salut.

Cet état, qui *rappelle plus l'anxiété et l'obsession que la mélancolie véritable*, dura environ un mois.

Ce n'est qu'à la fin que la malade laissa un peu paraître son inquiétude et sa tristesse. Pendant une grande partie de cette période d'angoisse, la malade *dissimula le mieux qu'elle put* son état d'âme à son entourage ; elle s'ingéniait à paraître gaie et à continuer son travail de ménagère comme par le passé. Ce n'est que plus tard qu'elle donna les détails que nous venons d'indiquer sur cette période dépressive.

A peu près en même temps, les règles s'arrêtèrent et n'ont plus reparu (depuis le 17 janvier 1925).

Vers le milieu de février, *l'état mental s'améliore rapidement, et, peu à peu, les idées noires disparaissent complètement.*

2° *Apparition de la céphalée et des crises jacksoniennes.* — Mais c'est alors qu'apparaissent pour la première fois les *maux de tête* : ceux-ci surviennent brusquement et constituent souvent l'aura de crises jacksoniennes; la malade éprouve des élancements violents à la région frontale, puis occipitale, suivis assez rapidement d'une douleur au bras et à la jambe droite. En même temps, la main et le bras droits sont animés de *secousses cloniques rapides*, durant 5 minutes environ. Aussitôt que les secousses du membre supérieur sont arrêtées, le mal de tête s'atténue rapidement, puis disparaît.

Au début la malade avait ainsi deux à trois crises par jour ; la face n'était jamais prise, et la malade n'a jamais perdu connaissance. Les crises se sont progressivement espacées depuis le mois dernier ; la malade n'en a plus eu depuis le 15 juin. Toutefois, elle a continué de présenter des crises de céphalée qui surviennent plus ou moins brusquement, sont très intenses et durent en moyenne de cinq à dix minutes. Ces céphalées se répètent souvent plusieurs fois dans la même journée. La malade accuse, en outre, des douleurs au niveau de la face, du côté gauche, siégeant le long du maxillaire inférieur et irradiant dans la tempe, et toute la face.

3° *Troubles de la vue.* — En outre la malade accuse des troubles visuels. Déjà durant l'été 1934, avant le début de tous ses troubles, la malade avait remarqué qu'elle ne voyait pas très nettement de l'œil droit. Elle n'y avait pas d'abord prêté attention.

Depuis deux à trois mois, ces troubles visuels se sont accentués ; la malade voit trouble et par moments, présente de la *diplopie* très nette (voit deux autos dans la rue, deux objets au lieu d'un). Elle a consulté récemment un oculiste, qui lui a prescrit le port d'un verre dépoli.

4° *Crises de narcolepsie.* — Enfin, depuis également deux à trois mois, la malade est sujette à des *crises de narcolepsie*; de temps en temps, dans la journée, la malade se sent saisie d'une invincible envie de dormir ; elle s'assoupit alors quelques instants et s'endort malgré elle. Au sortir de ces crises de narcolepsie, elle présente des petits moments de *confusion*: elle se croit, par exemple à Saint-Mandé, ou bien elle ne se

rend plus compte du moment de la journée ; le matin, elle croit que la journée est finie, ou inversement. Une fois, à quatre heures de l'après-midi, elle dit à son mari en parlant de son enfant : « Jean est encore couché » ; elle croyait qu'elle était au début de la malinée, et que son fils n'était pas encore levé ; ces petits moments de confusion sont, du reste, de peu de durée, et la malade reconnaît assez vite ses erreurs.

Notons enfin que la malade avait eu à plusieurs reprises un peu de fièvre avant son entrée à l'hôpital (38°-39°).

L'examen pratiqué à son entrée a montré :

Des réflexes tendineux normaux aux 4 membres.

Réflexe plantaire en flexion.

Pas de signes sensitifs, pas de signes cérébelleux.

Diplopie homonyme.

Réflexes iriens normaux.

Stase papillaire prédominant à droite.

Ponction lombaire: Tension au Claude: 65 ; albumine 0,56.

Cellules : 16, lymphocytes au Nageotte.

Un traitement d'épreuve antisyphilitique est institué, (cyanure-novar).

L'évolution s'est faite vers la mort qui eut lieu le 7 juillet.

A l'autopsie : 1° Cancer du sein.

2° Noyau métastatique épithélial de dimension d'une noisette très circonscrit, occupant l'infundibulum du 3° ventricule et le tuber cinereum.

3° Petit noyau néoplasique occupant le noyau amygdalien droit.

4° Noyaux cancéreux hépatiques.

Voici le second cas dans lequel les signes physiques d'hypertension intracrânienne ont été précédés pendant huit mois par des troubles mentaux de nature mélancolique qui ont disparu au moment des signes de tumeur cérébrale.

OBSERVATION N° IV
(Personnelle du Dr BARUK)

(Publiée dans sa thèse: *Les Troubles Mentaux dans les Tumeurs cérébrales*. Paris 1926.)

ETAT MÉLANCOLIQUE AYANT PRÉCÉDÉ DE HUIT MOIS LES PREMIERS SYMPTÔMES SOMATIQUES D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE.

Mlle P..., 18 ans, femme de chambre.

Entre à la Salpêtrière, le 30 juillet 1925, pour des crises douloureuses survenant au niveau du membre inférieur gauche. La malade présente les traces d'une trépanation crânienne pratiquée à Brest le 16 juillet 1923, pour syndrome d'hypertension intercrânienne. Le Docteur LENOBLE, qui l'a soignée à Brest au début de sa maladie a bien voulu nous communiquer une observation détaillée sur les symptômes qui ont déterminé l'intervention.

Histoire de la maladie :

En mai 1922, à l'âge de 15 ans, la malade commença à éprouver des maux de tête violents dans la région occipitale, accompagnés de vomissements. Ces derniers cessèrent en août 1922, mais, à ce moment la malade constata qu'elle voyait double, et d'autre part que sa vue allait en baissant. La baisse de son acuité visuelle alla rapidement en s'accroissant, et en janvier 1923, la malade ne pouvait plus lire ni écrire. En même temps apparurent des vertiges (la malade voyait tourner les objets autour d'elle, éprouvait en même temps des bourdonnements d'oreille et parfois tombait).

C'est alors que la malade entra à l'Hôpital de Brest, le 25 juin 1923.

Examen à l'entrée :

L'examen neurologique ne montra à cette date, aucun signe de localisation. Réflexes tendineux vifs, mais aucun signe pyramidal. A noter seulement des vertiges et une démarche ébrieuse.

Ponction lombaire. — Liquide céphalo-rachidien : normal. Albumine : 0 gr. 10. Une cellule au Nageotte. Wassermann et Benjoin : négatifs.

Mais l'examen oculaire montre une paralysie de la VI^e paire à gauche. Acuité visuelle : O. D. : 1/6 ; O. G. : 1/10 ; pupilles égales, réactions normales.

Fond d'œil : lésions très marquées et bilatérales des papilles : papilles à bords très flous, avec œdème traduisant une papillite déjà ancienne et à la période d'atrophie succédant à la stase.

Opération. — C'est alors que fût pratiquée la trépanation décompressive.

À la suite de l'opération, la vue s'améliora, les maux de tête disparurent.

Toutefois, en mars 1924, survint une nouvelle période de céphalée avec vomissements qui dura environ un mois. Depuis cette date, la malade ne souffre presque plus de la tête, mais présente des crises douloureuses au niveau du membre inférieur gauche. Ce sont des crises d'élancements au niveau du pied gauche, extrêmement douloureuses, survenant brusquement et sans cause, et durant une ou deux minutes. Ces crises se reproduisent fréquemment (4 à 5 par jour). Rien à l'examen objectif du pied. Réflexes normaux.

Examen oculaire. — Fond d'œil d'atrophie optique succédant à une stase.

Ponction lombaire. — Liquide normal.

La malade est traitée par le gardénal : à 0 gr. 10 de gardénal, les crises douloureuses diminuent de fréquence, et disparaissent à la dose de 0 gr. 20. de gardénal.

Etat mental. — La malade nous apprend qu'en réalité les premiers symptômes de sa maladie, et en particulier les céphalées, ont été précédés d'une période de troubles mentaux caractérisés surtout par un état mélancolique. Ces troubles ont fait leur apparition vers la fin de l'année 1921 et ont précédé d'environ six mois le début de la céphalée. Sans motif, la malade se sentit envahie d'une tristesse invincible, et d'un profond dégoût de la vie. La malade avait bien eu, un an auparavant, un vif chagrin à l'occasion de la mort de sa mère, mais ce chagrin était passé depuis longtemps. Elle n'avait aucune cause de tristesse ; elle était heureuse chez elle ; son père et sa sœur étaient très bons pour elle ; elle se plaisait dans l'atelier

où elle travaillait. Elle éprouvait par moments un sentiment de malaise moral indéfinissable. Presque toujours les idées noires apparaissaient au réveil. La malade se sentait envahie d'un ennui profond, la vie lui paraissait laide, rien ne l'intéressait. Cet état durait toute la matinée, s'atténuait dans l'après-midi et disparaissait aux approches de la soirée. Cela survenait tous les deux ou trois jours. Dans l'intervalle, la malade était très bien et jugeait même ses moments de dépression ridicules et incompréhensibles. Jamais la moindre idée délirante (pas d'idée mélancolique, d'auto-accusation, de persécution, ou hypocondriaque). La malade était parfaitement consciente de la nature pathologique de ses troubles.

Elle ne présentait cependant à cette période aucun trouble somatique, à part quelques vagues maux de tête, en général très supportables. La malade qui travaillait à ce moment, chez une repasseuse, les attribuait au fourneau, et changea de profession. Elle entra dans une fabrique de sacs en papier.

Ces moments de tristesse retentissaient également sur la sphère intellectuelle : la malade se sentait moins sûre d'elle, notamment dans son travail. Elle n'était jamais sûre d'avoir bien fait ses sacs et faisait sans cesse appel à sa sœur, qui travaillait dans le même atelier, pour vérifier son travail. Elle était sans cesse en proie au doute, incertaine dans ses décisions, sujette à l'anxiété, craignant toujours d'être grondée, timide, inhibée dans tous ses actes. Tout cet état mental contrastait considérablement avec son tempérament habituel, gai, très décidé et très actif.

Ces moments de dépression atteignaient parfois une telle intensité que la malade tenta une fois de *se suicider*. Elle se pendit à la fenêtre avec une corde, et sans l'intervention d'une cousine qui entra dans la chambre presque aussitôt, elle serait morte.

Elle pensait d'ailleurs sans cesse à la mort. Elle désirait mourir surtout quand elle avait mal à la tête (bien que ce mal de tête resta très léger à ce moment); il lui semblait qu'elle allait entrer dans une grave maladie qui allait la conduire à la mort, au repos absolu, et désiré.

Ces idées n'étaient que passagères. Certains jours, elles dis-

paraissaient complètement, mais il restait une sorte de tristesse vague, de désintérêt de l'existence. La malade ne pensait pas à l'avenir comme si elle avait eu la vague conscience que celui-ci fut menacé. Elle ne formait aucun projet.

Cette période de dépression a duré environ huit mois. La malade continuait, du reste, de faire son travail et tâchait de dissimuler. Aussi ses parents ne s'étaient-ils aperçus de rien, jusqu'à la tentative de suicide. *Au bout de huit mois cet état de dépression céda peu à peu, mais fut remplacé par des maux de tête et par les vomissements que nous avons relatés plus haut.*

Ces manifestations mélancoliques n'ont jamais reparu depuis. Actuellement, aucun trouble mental.

Une autre observation caractéristique nous est communiquée par le Dr BARUK, il s'agit d'un malade atteint de migraines qui ont évolué pendant plusieurs années et disparurent complètement après l'apparition de crises d'épilepsie jacksonienne.

OBSERVATION N° V

(Publiée dans l'*Encéphale*, n° 1, janvier 1931
par le Dr. H. BARUK).

MIGRAINES SUIVIES D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE DANS UN CAS D'ANGIOME CÉRÉBRAL.

Il s'agit d'un homme actuellement âgé de 36 ans, qui présente depuis l'âge de 13 ans des migraines. Ces migraines débutent en général brusquement par un engourdissement de tout le côté gauche (main, pied et face), en même temps apparaissent des mouches brillantes devant les yeux; puis au bout d'une demi-heure à une heure environ, ces manifestations sensitives unilatérales sont suivies d'une violente douleur de tête localisée dans la moitié droite du crâne, plus particulièrement dans la région fronto-pariétale et suivie de vomissements.

Ces phénomènes durent environ une journée et disparaissent après le sommeil de la nuit. En résumé, il s'agissait de migraines ophtalmiques accompagnées de troubles sensitifs.

Ces migraines survenaient, au début, environ tous les trois mois. Malgré les signes sensitifs qui les accompagnaient, leur caractère purement fonctionnel parut s'appuyer sur des preuves nombreuses ; les migraines survenaient principalement à la suite d'événements affectifs désagréables, disparaissaient souvent sous des influences affectives minimes, elles ne survenaient pas en général au moment des actes importants, mais presque exclusivement dans les périodes de détente ; on sait en effet combien ce caractère est fréquent dans les migraines banales (migraine du Dimanche).

L'évolution ultérieure sembla de plus en plus confirmer la nature bénigne de ces migraines ; celles-ci en effet s'atténuaient peu à peu et disparurent complètement pendant la plus grande partie de la guerre. Le malade étant à ce moment mobilisé au front dans un régiment de zouaves, fut blessé deux fois (au poumon et à la cuisse, septicémie suivie d'une amputation de la cuisse).

Vers 1918, le malade revient à l'intérieur et reprend son travail dans un bureau. Les migraines reparaissent alors avec une grande fréquence.

En 1924, le malade commence à avoir ses premiers rapports sexuels, les migraines alors disparaissent totalement durant près d'un an. Au bout de ce temps, le malade quitte la maîtresse qu'il avait ; les migraines reparaissent. Durant cette période, on pouvait noter un rapport frappant entre la survenue des migraines et l'activité sexuelle. Aussi, les troubles étaient-ils considérés comme d'ordre purement psychogénique et d'origine sexuelle ou affective.

Mais en Juillet 1925, survient une première crise jacksonienne (secousses de la jambe gauche, puis paralysie complète du côté gauche pendant trois quarts d'heure sans perte de connaissance). Six mois après nouvelle crise analogue. Peu à peu, les crises jacksoniennes alternent avec les migraines, puis celles-ci disparaissent complètement depuis 1928. Les crises ne présentent plus aucun rapport avec l'activité sexuelle,

elles surviennent inopinément dans n'importe quelles conditions ; elles semblent toutefois être favorisées par la tension d'esprit, la fatigue, et sont beaucoup moins fréquentes à la campagne.

En février 1929, le malade est examiné au Val de Grâce : fond d'œil normal, mais images radiographiques caractéristiques d'une tumeur cérébrale (aspect d'angiome). Une simple trépanation décompressive a été faite, mais sans ouverture de la dure-mère. Le malade a été examiné récemment par le Dr. Clovis VINCENT qui pose le diagnostic d'angiome cérébral mais qui n'est pas partisan d'une intervention.

En résumé, l'histoire de ce malade comprend deux phases : une phase initiale très longue caractérisée par des migraines en apparence bénignes et modifiées dans leur apparition par des facteurs psychologiques ; une deuxième phase plus récente dans lequel le trouble fonctionnel migraineux fait place peu à peu à des manifestations à caractère organique grave (Epilepsie jacksonienne).

Ces deux phases sont l'une comme l'autre sous la dépendance de l'évolution d'une tumeur cérébrale. Les prodromes sensitifs des crises migraineuses et l'apparition du même côté de secousses jacksoniennes le prouve. Tout se passe comme si la tumeur, par son développement lent et continu avait donné lieu à deux stades successifs : un stade fonctionnel en rapport avec une atteinte dynamique légère du cerveau ; un stade organique en rapport avec une atteinte plus profonde.

La même succession de deux stades psychique puis somatique peut s'observer dans la maladie de Parkinson : Nous avons observé à la consultation externe du Dr BARUK, à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice, un malade qui est venu d'abord consulter pour des phénomènes dépressifs : il était sans courage, constamment fatigué, avec des idées noires et dégoûté de tout ; ces troubles ont évo-

lué pendant quelques mois, ensuite sont apparus progressivement le tremblement et la rigidité parkinsonienne ; à partir de ce moment les phénomènes dépressifs ont complètement disparu.

La sclérose en plaques peut également avoir un début psycho-névropathique. Le Dr BARUK nous en a communiqué deux cas qu'il a observés. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille dont les antécédents ne montrent rien d'anormal ; à la suite d'un gros choc affectif (fiançailles rompues), elle fait d'abord des crises de nerfs, puis présente un état de catalepsie, l'examen neurologique montre comme seuls signes objectifs une légère parésie et un signe de Babinski ; peu après, apparaît une sclérose en plaque à évolution rapide, les signes névropathiques ayant totalement disparu.

Dans le deuxième cas, une jeune malade vient à la consultation externe parce qu'elle a des crises de nerfs avec pleurs, ces crises sont devenues fréquentes et inquiètent son entourage ; en l'examinant soigneusement on lui trouve des réflexes vifs aux membres inférieurs et un signe de Babinski ; l'évolution ultérieure s'est faite vers une sclérose en plaques, avec disparition des signes névropathiques du début.

Tous ces faits nous montrent que l'on observe ces stades psycho-somatiques dans des affections somatiques très variées et avec des troubles mentaux divers : psychiques, et psycho-névropathiques.

SUBSTITUTIONS ET ALTERNANCES MORBIDES

Dans ce paragraphe, nous étudierons les cas où alternent et se substituent les phénomènes somatiques et les troubles mentaux. Ces faits sont connus depuis le siècle dernier. PINEL dans sa thèse inaugurale dit qu'il existe quelquefois une espèce d'alternance entre les symptômes de la phtisie pulmonaire et les phénomènes de délire. ESQUIROL dit avoir vu parfois alterner la phtisie avec la folie, et alors pendant la durée du délire même le plus violent, tous les symptômes de phtisie cessent pour revenir après l'accès. MARCÉ parlant des affections pulmonaires, dit qu'elles alternent avec la folie ou se substituent à elle. GRIESINGER rapporte un cas remarquable où un délire mélancolique avec agitation et cris, a alterné avec une crise de rhumatisme articulaire aigu pendant trois mois.

Ces dernières années, TINEL et LAMACHE ont étudié d'une façon complète les relations entre la psychose maniaque dépressive et les crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme et d'urticaire, ils rapportent de nombreuses observations où alternent et se substituent : la migraine et la psychose périodique; l'eczéma, l'urticaire et les troubles psychiques; l'asthme et la psychose périodique; la migraine et l'épilepsie.

Nous avons observé de nombreux cas d'alternance et de substitution morbides; et nous nous sommes aperçus que les troubles somatiques alternent avec des troubles mentaux divers et non uniquement avec une psychose périodique et que ces troubles somatiques peuvent être très variés, ainsi que le montrent les observations suivantes :

Dans la première observation, il s'agit d'un balancement entre l'asthme et une dépression mélancolique, l'alternance entre ces deux troubles dure depuis plusieurs années.

OBSERVATION N° VI (Personnelle)

(Service du Dr DADAY)

BALANCEMENT ENTRE DES CRISES D'ASTHME ET UN ÉTAT DE DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE

Mlle Sch..., 60 ans, présente à son entrée un état de dépression mélancolique : elle gémit et pleure, elle se cache pour s'isoler, un rien suffit pour l'effrayer ; elle a peur de répondre aux questions qui lui sont posées ; elle croit qu'on va l'empoisonner, elle refuse les médicaments, car elle craint qu'on lui fasse boire de l'acide sulfurique : elle dit qu'elle n'a rien fait, qu'elle n'est pas coupable. Cet état persiste trois mois et demi et peu à peu elle s'améliore et sort tout à fait guérie.

Elle a déjà eu 3 accès semblables, tous ces accès sont survenus au mois d'avril et ont été précédés par des crises d'asthme très intenses, obligeant la malade à rester chez elle : ces crises d'asthme durent tout l'hiver et disparaissent complètement au moment de l'apparition de son état dépressif ; elle a ces crises d'asthme depuis l'âge de 20 ans, et elles n'ont complètement disparu qu'au cours de ces 4 accès dépressifs qui ont duré 4 à 5 mois chacun.

Dans une autre, l'asthme alterne avec les obsessions :

OBSERVATION VII

(Communiquée par le Dr BARUK)

BALANCEMENT ENTRE OBSESSIONS ET ASTHME.

Mme C..., vient consulter parce qu'elle a des obsessions : elle ne peut pas s'approcher d'une fenêtre, car elle se sent pous-

sée à se jeter dans le vide. Quand elle se trouve en face de quelqu'un, elle doit lutter contre elle-même pour ne pas lui faire mal : griffer ou mordre. Depuis quelques jours, elle a une idée qui la pousse à se détruire, elle lutte de toutes ses forces, et est effrayée car elle n'a nulle envie de mourir.

Le début de ces troubles date de 3 ou 4 mois après un accouchement, elle s'est sentie très fatiguée et inquiète, elle a lutté contre toutes ses inquiétudes et peu à peu elle a eu l'impression que sa personnalité était dédoublée ; il y avait deux personnes en elle, une essayant de raisonner l'autre. C'est ainsi que progressivement sont apparues les obsessions pour lesquelles elle vient consulter.

Dans ses antécédents, on note des crises d'asthme qui ont débuté vers l'âge de 16 ans ; elles ont été très fréquentes pendant le huitième mois de sa grossesse. Elles n'ont complètement disparu que pendant la période des obsessions, actuellement elles reparaissent et ses obsessions sont nettement moins fortes.

Dans une troisième, un asthme familial alterne avec une psychose périodique :

OBSERVATION VIII

BALANCEMENT ENTRE UN ASTHME FAMILIAL ET UNE PSYCHOSE PÉRIODIQUE

Mme B..., est suivie à la consultation externe du Dr BARUK.
Antécédents de la malade :

Son père est asthmatique.

Son frère a eu de l'asthme infantile qui a guéri à partir de l'âge de 10 ans ; mais depuis il est très fatigable et a des périodes de dépression.

Son oncle est asthmatique.

La malade a depuis quelques années, à la suite d'une bronchite, des crises d'asthme ; alternant avec ces crises d'asthme,

elle a eu de petites périodes de dépression, mais très légères ; puis à la suite de gros chocs affectifs (elle avait un mari extrêmement violent, elle a divorcé...), elle s'est sentie très fatiguée et il y a 3 semaines elle a fait une grande crise de dépression, (cette crise était mixte par moment : énervement... rires....) avec idées de suicide. Depuis quelques mois les crises d'asthme ont complètement disparu ; mais ces jours-ci l'asthme reparait et les troubles mentaux et la dépression ont totalement disparu.

Dans l'observation suivante, c'est la migraine et non l'asthme qui alterne avec une psychose périodique.

OBSERVATION IX

(Consultation externe du Dr BARUK)

BALANCEMENT : MIGRAINES, PSYCHOSE PÉRIODIQUE.

Mme C... Depuis l'enfance, elle a des migraines ophtalmiques très fréquentes : ses migraines commencent brusquement par un fourmillement au niveau de la lèvre supérieure, puis apparaissent des troubles oculaires : douleurs orbitaires et périorbitaires, hémianopsie ; en même temps engourdissement du bras droit, elle laisse parfois tomber des objets qu'elle tient dans la main droite ; ces migraines s'accompagnent quelquefois de vomissements, de diarrhée ; parfois l'hémianopsie faisait défaut.

Il y a un an, elle a subi un violent choc émotif à la suite de la mort d'une personne chère ; (elle a toujours été très sensible aux morts, pendant son enfance, elle était toujours très émotionnée en apprenant la mort d'une personne connue). A la suite de ce choc émotif qu'elle a surmonté ; elle se sent complètement transformée, les migraines si fréquentes ont complètement disparu ainsi que tous ses malaises ; elle a une hyperactivité extraordinaire : « je ne me reconnaissais plus, j'ignorais la fatigue ». Cet état continue, jusqu'à il y a six se-

maines; en ce moment elle est très déprimée et ressent une fatigue extrême, sans avoir de nouvelles migraines si pénibles et si fréquentes qui ont totalement disparu et ont fait place à un état cyclothymique.

Dans un autre cas, c'est la céphalée qui alterne avec les troubles mentaux.

OBSERVATION N° X

(Communiquée par le Dr BARUK.)

ABSENCES, CRISES D'AUTOMATISME,
BALANCEMENT AVEC CÉPHALÉES.

Mme D... Le début des troubles remonte à la puberté et a eu lieu dans les conditions suivantes : la malade était partie acheter du pain et revient sans avoir fait la commission ; elle avait perdu tout souvenir de ce qu'elle avait fait dans l'intervalle. Depuis elle a eu de nombreuses absences avec paroles et gestes automatiques : tout d'un coup, elle change de visage, devient pâle, se met à compter sur ses doigts et dit : « J'ai dix doigts comme tout le monde... etc.. » puis son visage se recoloré, et elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Elle se plaint également par moment de lenteur psychique, de n'être pas sûre d'elle-même ; ces crises surviennent surtout dans les moments de détente, c'est pourquoi elle est obligée de s'occuper sans cesse.

L'examen neurologique est négatif.

Avant l'apparition de ces absences, elle avait sans cesse de violentes céphalées ; elles ont totalement disparu depuis.

Nous rapportons maintenant un cas intéressant, où un syndrome gastrique douloureux alterne d'abord avec des phénomènes oniriques puis avec une psychose périodique, et ceci depuis plusieurs années.

OBSERVATION N° XI

(Service du Dr BARUK, à la Maison Nationale de St-Maurice).

SYNDROME GASTRIQUE DOULOUREUX ALTERNANT AVEC UNE PSYCHOSE PÉRIODIQUE

M. B..., entre au service libre de la Maison Nationale de santé le 13 mai 1936, parce qu'il a des maux d'estomac, le malade présente en même temps des troubles mentaux très légers ; on note une tendance à l'isolement, il passe de longs moments dans la solitude et paraît méditer ; néanmoins quand on lui parle, il répond aimablement et avec bonne grâce aux questions qu'on lui pose. Depuis plusieurs années il éprouve des douleurs gastriques qui se sont accentuées depuis deux ans, mais, fait intéressant à noter, *ces douleurs disparaissent complètement lorsque son état mental s'aggrave* ; en effet, ce malade a été interné 3 fois au cours de ces 4 dernières années. *La première fois* en novembre 1932, le certificat de 24 heures est le suivant : « Est atteint de psychose périodique avec accès délirant, hyperendophasie, sensation de somnolence et de demi-rêve, défilé de mots, d'idées incompréhensibles et d'idées délirantes, impulsions ». Son séjour à la maison de santé dure un mois et demi. Le malade explique très bien les états successifs par lesquels il passe : tantôt il éprouve une espèce d'exaltation cérébrale, qui forme et conduit toutes sortes de projets, il reconstitue des scènes passées, se sent heureux ; tantôt au contraire, il a le cafard et alors il démolit tout ce qu'il a construit.

Il sort le 22 décembre 1932.

Deuxième accès le 25 novembre 1934. Lors de ce deuxième internement, le malade se présente dans un état d'excitation maniaque. Il présente des troubles du comportement et des actes : crie, chante, parle beaucoup, se répand en récriminations, dit des grossièretés, accuse ses parents d'être fous eux-mêmes pour l'avoir fait interner. Quatre mois après, l'accès est terminé et le malade peut revenir dans sa famille.

L'année suivante en avril 1936, il présente un *nouvel accès*

très court cette fois, et de type dépressif, accompagné d'instabilité, autisme, refus d'aliments ; il sort au début du mois de mai 1936, et c'est quelques jours après qu'il entre au service libre pour ses maux d'estomac. Il nous apprend à ce moment *qu'au cours de ses internements, il ne souffrait pas du tout de l'estomac, mais que quelques jours après ses sorties, les douleurs reprenaient.*

Il les éprouve actuellement avec une intensité plus forte. Quand le malade ne mange pas les douleurs s'atténuent sans disparaître complètement, mais dès qu'il s'alimente, il éprouve dans la région épigastrique une impression de dureté, comme une masse ligneuse, il sent comme une sorte de contraction. Pas de vomissements, mais éructations et constipation opiniâtre (dans les périodes non douloureuses le malade n'est pas constipé). Pendant plusieurs jours le malade reste dans le service, ne mangeant presque pas. Malgré la diète qu'il s'impose, il n'éprouve ni faim, ni soif et ne se sent pas fatigué.

L'examen radiologique est pratiqué à l'Asile National des convalescents par le Dr OURY qui ne trouve aucune lésion organique du tractus digestif, l'estomac est normal, il n'y a pas de spasme. Peu à peu, l'état mental de M. B..., s'aggrave, un état dépressif se manifeste de nouveau, s'accompagne d'apathie profonde et d'irritabilité, ses maux d'estomac ont disparu. Cet accès dépressif nécessite sa sortie du service libre et un nouveau placement au service fermé le 23 juin 1936.

Nous avons observé à la Maison Nationale de Santé un cas typique de substitution et d'alternance entre l'épilepsie des crises viscérales cardiaques et des accès maniaques, ceci durant depuis de nombreuses années.

OBSERVATION N° XII (Personnelle).

(Service du Dr. DADAY, à la Maison Nationale de St-Maurice.)

Mlle B...

Histoire de la maladie. — A la suite d'un grand choc affectif, à l'âge de 25 ans, elle a une première crise d'épilepsie, la

nuit : elle pousse un cri, perd connaissance, puis revient à elle et s'aperçoit qu'elle s'est mordu la langue, elle n'a pas eu de perte d'urine ; dans les années qui suivent, elle continue à avoir des crises plus ou moins fortes mais peu nombreuses : environ 8 par an, ces crises ont toujours lieu la nuit et s'accompagnent parfois de perte d'urine ; elle n'a jamais eu de crises le jour ; elle n'est jamais tombée, ses crises s'étant toujours manifestées au lit. Il en est ainsi jusqu'à l'âge de 35 ans, à cette époque elle fait un accès maniaque, et est internée dans une maison de santé à Bourg, où elle reste plusieurs années (7 ans) ; son accès maniaque est très court : une semaine ; puis elle remarque que ses crises sont de plus en plus espacées : une ou deux par année seulement, puis elles disparaissent complètement et sont remplacées par des crises cardiaques ainsi décrites par la malade : son cœur brusquement bat très vite, la malade est effrayée, elle a la sensation d'une mort imminente, son angoisse est très grande. Cet état dure quelques minutes, puis peu à peu son cœur reprend son rythme normal. Ensuite elle sort de la Maison de Santé de Bourg et c'est quelques mois après qu'elle fait un accès maniaque : avec agitation, logorrhée, fuite des idées, jeux de mots, etc..., qui dure peu : une dizaine de jours. Ces accès se répètent tous les dix mois environ ; il en est ainsi pendant 5 années ; les crises d'épilepsie ont complètement disparu, elles sont remplacées par ces accès maniaques courts, dont la malade ne garde aucun souvenir quand elle retrouve son état normal.

Mais actuellement, et depuis deux ans, les crises d'épilepsie ont réapparu et alternent avec des accès maniaques qui durent plus longtemps : (plusieurs semaines) il n'y a pas de crises pendant ces accès, mais celles-ci reparaissent dès que l'accès est terminé ; notons que la réapparition des crises a coïncidé avec la ménopause, et qu'actuellement périodes de crises d'épilepsie et accès maniaques sont très rapprochés, ne laissant que des intervalles normaux de plus en plus courts.

En résumé chez cette malade, nous trouvons plusieurs phases :

Une première phase jusqu'à l'âge de 35 ans où il n'y a que des crises d'épilepsie survenant uniquement la nuit.

Une deuxième phase où les crises d'épilepsie ont disparu et sont remplacées par des crises viscérales cardiaques et où apparaissent des accès maniaques.

Une troisième phase où il n'y a que des accès maniaques. (Pas de crises d'épilepsie, pas d'équivalents).

Enfin une dernière phase où alternent les accès maniaques et les périodes de crises ; ces deux troubles ayant tendance à se rapprocher de plus en plus.

Enfin un exemple impressionnant de balancement entre des adénopathies cervicales tuberculeuses fistulisées et les troubles mentaux d'une démence précoce hébéphrénocatatonique.

OBSERVATION N° XIII

(Communiquée par le Dr. BARUK.)

(Publiée dans le *Paris-Médical* du 27 décembre 1930)

par CLAUDE et BARUK.)

Il s'agit d'un malade soigné à Bicêtre dans le service du Dr ROUBINOVITCH. Cas de démence hébéphrénocatatonique caractéristique.

Evolution caractéristique sur un fond de désagrégation psychique, par des alternatives d'aggravation et de rémission.

Pendant les phases d'aggravation : mutisme complet ou verbigeration continuelle et absolument incohérente, grimaces ; mouvements mécaniques du visage, stéréotypies incessantes ; mutisme absolu.

Nombreux signes de la série catatonique : catalepsie, négativisme, attitude caractéristique en flexion, avec marche sur la pointe des pieds.

Pendant les phases de rémission : le faciès s'éveille, le malade répond aux questions, obéit aux ordres. Ces diverses phases durent chacune de quelques jours à quelques semaines.

Parallèlement à ces diverses phases, évoluent des adénites cervicales tuberculeuses fistulisées. *Durant les phases d'ag-*

gravation psychique, les adénites rétrocedent remarquablement (diminution de volume, l'écoulement s'arrête, etc...)

Durant les phases de rémission psychique, les adénites cervicales s'aggravent manifestement (les ganglions augmentent de volume considérablement, se tendent, se fistulisent).

On a pu suivre, à de nombreuses reprises, ces phases successives et antagonistes des troubles psychiques et du développement des adénites bacillaires. Le malade est mort de cachexie et de tuberculose.

Toutes ces observations montrent combien l'intrication entre les troubles somatiques et psychiques est complexe et variée, et que les balancements psycho-somatiques peuvent être envisagés sous forme d'une loi générale.

IV

GUERISON DE PSYCHOSES GRAVES, APRÈS UNE LOCALISATION VISCÉRALE

La guérison de psychoses graves, réputées incurables, peut s'observer quelquefois de nombreuses années après le début de l'affection, et d'une façon impressionnante, au moment où apparaît une localisation viscérale; nous en rapportons des exemples frappants; dans tous ces cas il ne s'agit pas d'un choc ou d'un bouleversement somatique, mais d'une sorte de métastase, d'un balancement, en vertu duquel le cerveau se dégage au moment où se sont constituées des localisations diverses.

Nous avons trouvé quelques exemples de ce genre dans notre étude historique; mais cette notion n'a été bien mise en évidence qu'en 1930, par CLAUDE et BARUK; ces auteurs ont étudié les rapports qui existent souvent entre les trou-

bles mentaux de la démence précoce et les localisations tuberculeuses viscérales, notamment pulmonaires, cette notion est, pour eux, capitale et c'est sa méconnaissance qui a arrêté beaucoup d'auteurs dans l'étude des rapports de la tuberculose et de la démence précoce. Par la suite nous nous sommes aperçus avec le Dr BARUK que l'on pouvait observer des faits analogues dans d'autres étiologies.

Dans une première observation, nous rapportons un cas de guérison brusque et totale de tous les troubles mentaux d'un état hétérophréno-catatonique, en même temps que surviennent trois localisations tuberculeuses : ostéoarticulaire, pleurale et péricardique.

OBSERVATION N° XIV

(Service du Dr BARUK)

(Observation publiée par H. BARUK, SAUVAGE et ALBANE,
Soc. Méd. Psychol. Décembre 1933).

Pl. Pierre Aimé, soldat de 2^e cl. C. O. A.

Est admis au Val de Grâce (4^e Division de Fiévreux), le 7 juin 1931, dans un « état d'agitation désordonnée et incohérente avec subanxiété et désorientation. On a été obligé de l'attacher au lit, T. 38°5. Haleine fétide. Congestion céphalique ».

Le diagnostic est le suivant : « Syndrome mélancolique avec alternative de dépression et d'excitation. Lenteur de l'idéation. Indifférence à la vie extérieure et refus d'aliments. Etat général déficient ».

Après une nuit relativement calme, Pl. garde pendant la visite du matin, une expression de prostration et d'obnubilation profondes avec gesticulation inadaptée. Paroles incohérentes et monosyllabiques. T. : 38°.

Examen somatique : Réflexes obtenus mais faibles. Pas de signes pyramidaux, pas de raideur de la nuque, ni aucun au-

tre signe de la série méningée. Grande dilatation des pupilles. Réaction à la lumière : normale.

L'examen viscéral, qui ne montrait rien de particulier à l'entrée, décèle, le 9 juin, l'apparition d'un souffle systolique à la pointe du cœur, dur et râpeux, sans propagation nette et qui disparaît du reste le lendemain.

Examen psychique : Le malade répond « à côté ». Interrogatoire impossible, en raison de la fatigabilité de l'attention et surtout de gros troubles de la perception. Viscosité mentale empêchant Pl... de comprendre le sens des questions posées. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Expression hagarde du regard vague, avec atonie des traits du visage. Activité onirique. Mouvements carphologiques rapides. Gesticulation inadéquate. Paroles désordonnées avec incohérence. Opposition. Négativisme marqué. En somme : confusion mentale avec agitation sub-anxieuse, onirisme et incohérence. Opposition et négativisme chez un jeune soldat fébrile (38°5, 38°) avec mauvais état général, et à l'examen neurologique négatif.

Examens humoraux : urée sanguine : 0,55.

B. W. sanguin, négatif.

Traitement : Bains et salicylate de soude intra-veineux.

Le 18 juin, l'état infectieux s'est amélioré ; la fièvre est tombée, mais au point de vue psychique, le malade est toujours aussi confus, présente un négativisme toujours aussi marqué, du refus d'aliments ayant nécessité l'emploi de la sonde. Gâtisme. Mutisme complet. Sommeil assez bon. Pas d'agitation. Le malade n'a pas reconnu sa tante, venue récemment pour le voir. Au point de vue somatique, le souffle systolique mitral, qui avait été constaté au début de son hospitalisation a actuellement disparu, mais on constate un bruit de galop à la pointe. Rien aux autres appareils. Affaiblissement marqué.

Le 29 juin : état stationnaire. Persistance d'un négativisme toujours très marqué. Refus d'aliments. Absorbe quelquefois, quand il est seul, un peu de boisson, mais ne touche pas aux autres aliments ; doit toujours être alimenté à la sonde. Mutisme absolu. Paraît toujours aussi complètement désorienté que par le passé. Indifférence vis-à-vis des siens ; ne réagit pas aux visites de sa mère et de sa tante.

Le dosage de l'urée sanguine, qui avait indiqué 0,55 au début de son séjour, est actuellement de 0,40.

Impossible de recueillir des réponses de ce malade. Gâle, défèque dans son lit et se barbouille de matières fécales. Amélioration nette de l'état cardiaque. Disparition actuelle du bruit de galop. En raison de la persistance du syndrome psychique et de l'impossibilité de le renvoyer actuellement à sa famille, Pl... va être interné à l'Asile de Saint-Maurice. La famille, prévenue, accepte la solution.

Le 19 juillet : état toujours stationnaire. Même opposition et négativisme. Alimentation très difficile. Masturbation automatique. Etat confusionnel persistant.

Conclusion. — Syndrome de confusion mentale très marqué avec désorientation complète. Mutisme, avec négativisme et refus complet d'aliments nécessitant l'alimentation à la sonde. Gâtisme. Indifférence affective apparente et désintéressement complet du milieu ambiant. Etat survenu au cours d'un syndrome infectieux aigu actuellement guéri et précédé au cours d'une première phase, d'agitation motrice avec tentative de déféstration.

Evolution possible vers une démence précoce.

Il n'est pas douteux qu'il existe une relation nette de cause à effet entre l'état psychique actuel du malade et la maladie aiguë survenue au début. Proposé pour la R. D. n° 1 : Invalidité 100 %.

Signé : Dr GAUTHIER.

Pl... arrive à la Maison Nationale de Charenton le 24 juillet 1931, et est justiciable du certificat d'entrée suivant :

« Confusion mentale avec négativisme. Catatonie. Refus d'alimentation. Anxiété permanente. Très mauvais état général. Troubles vaso-moteurs. A admettre 25 juillet 1931. » Dr Paul ABÉLY.

Le certificat de quinzaine indique : « Confusion mentale grave avec stupeur anxieuse, négativisme, catatonie, refus d'alimentation, état subfébrile permanent. Cachexie progressive. Troubles vago-sympathiques. A maintenir. Le 8 août 1931 ». Dr Paul ABÉLY.

Ce malade reste dans le service, et, entre novembre 1931 et fin avril 1932, période où il est particulièrement observé, il garde un aspect typique de dément précoce : facies absent, indifférence affective, agitation par intervalles, tant diurne que nocturne. Gâtisme. Le malade mange son varech, refuse les aliments. Son état physique nécessite des toniques administrés pendant quelque temps : huile camphrée, hémostyl, hémoglobine. A fait de très courtes éclaircies pendant lesquelles Pl... peut être levé, mange au réfectoire. L'état mental reste aussi grave jusqu'en avril 1932 : accès d'excitation, dilacération d'effets, chants désordonnés, turbulence, taquineries, troubles physiques tels que ceux rencontrés habituellement dans la démence précoce : troubles vago-sympathiques, pseudo-œdème, etc... Etat donnant l'impression de la chronicité.

Or, *tout d'un coup, le 20 juillet, le malade se remet à parler, redevient présent à l'ambiance, s'exprime de façon cohérente. C'est à ce moment que l'attention est attirée d'un autre côté : le malade se plaint de la hanche gauche.* La fièvre réapparaît : 38°6 le soir. *Et, alors que l'état mental se montre tout à fait satisfaisant* (le malade répond parfaitement à toutes les questions posées, il a une conscience parfaite de sa situation, il a retrouvé toute son affectivité, a hâte de guérir pour rentrer dans sa famille, etc...), *on assiste à une reprise de signes physiques defectueux.* Amaigrissement rapide, fièvre continue à oscillations entre 38°5 et 39°5. Point de côté. Toux sèche. L'examen pulmonaire montre l'existence d'une pleurésie dont la nature séro-fibrineuse est mise en évidence le 2 août par une ponction exploratrice. En outre, les douleurs de la hanche se précisent. Le Dr BEAUSSENAT, Chirurgien de l'Etablissement, appelé en consultation, fait le diagnostic de coxalgie et conseille l'application d'un appareil plâtré qui est installé le 19 août. Nous allons assister alors à l'atténuation de la fièvre, la température descendant pendant deux jours, et à la transformation des signes d'épanchement qui disparaissent pour faire place à des frottements pleuraux. Fin août, un nouvel épisode fébrile réapparaît à grandes oscillations. Le malade est dyspnéique. L'auscultation du cœur montre des bruits assourdis avec gros frottements péricardiques à la région méso-car-

diague. Tachycardie. Pouls à 130. Reprise du traitement salicylé. Peu à peu le bruit de frottement disparaît alors que persiste la tachycardie et qu'apparaît un bruit de galop très net. Mouvement de roulis de la paroi faisant penser à l'évolution vers la symphyse péricardique. Pas d'augmentation de volume du foie. Le plâtre, enlevé fin août, est refait, à la suite des douleurs accusées par le malade. Mais, fin septembre, on doit l'enlever à nouveau, de larges eschares s'étant établies au niveau de la crête iliaque.

Le 4 octobre : l'examen physique est le suivant. T. : 38°. Pouls rapide à 100, allorythmique. Eréthisme cardiaque. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. L'auscultation des poumons montre, à gauche : en arrière, une respiration diminuée. En avant, de la submatité avec bruits surajoutés.

Tant dans la période précédente qu'à ce moment et dans les mois qui vont suivre, Pl... peut, au point de vue mental, être considéré comme guéri.

La fièvre persiste à oscillations journalières de 1 degré environ, puis se régularise et décroît. En décembre, on peut noter que l'état mental reste parfait. Le malade s'alimente bien. L'état général s'améliore. Fin décembre : le malade est pris brusquement à deux reprises et pendant quelques secondes seulement, de sensations de vertiges « tourbillon dans la tête », dit-il. Sensation que le lit tournait. L'examen, renouvelé quelques jours après, ne montre aucun signe neurologique et le malade n'en accuse aucun de subjectif.

Le 17 janvier 1933 : Pl... est toujours très bien au point de vue mental. L'état général s'est encore amélioré. La fièvre a disparu. L'appareil à extension installé est enlevé. Le malade accuse, en se levant des vertiges, de la céphalée. Ces symptômes disparaissent en position assise, ou couchée.

Depuis lors, l'état mental du malade reste absolument normal à tous les points de vue. Le malade est parfaitement présent, ses fonctions intellectuelles sont parfaites, son affectivité est entièrement revenue. Son comportement est excellent. L'état général s'améliore aussi, mais l'état de la hanche reste préoccupant. C'est pourquoi le malade sort de la Maison Nationale de Saint-Maurice complètement guéri au point de vue

mental et entre à la Salpêtrière dans le service du Pr. GOSSET, où l'on s'occupe alors du traitement de la coxalgie.

A son entrée à la Salpêtrière (le 23 mars 1933), on constate que la hanche est dans une position exceptionnellement anormale : la cuisse en abduction presque à angle droit rotation externe considérable, genou fléchi, attitude fixée par contraction antalgique plus que par ankylose, car on peut arriver à déterminer en douceur des mouvements de l'articulation. Même une inclinaison considérable du bassin du côté malade n'arrive pas à obtenir le parallélisme des deux membres inférieurs. Gros ganglions iliaques. Un énorme abcès déforme la racine de la cuisse, et gonfle le triangle de Scarpa, un autre fluctue en arrière.

Les radiographies montrent une destruction quasi totale de la tête et du col fémoral, un agrandissement notable du cotyle, une décalcification pelvienne intense, et une déformation en pseudo-oblique ovalaire du bassin ; il s'agit d'une pseudarthrose intra-cotyloïdienne secondaire à des destructions extraordinairement rapides et importantes de la tête fémorale et du cotyle ; la luxation vraie a été évitée par l'abduction extrême portant l'extrémité fémorale à l'appui de la partie inférieure du cotyle et par les déformations trophiques de l'aile iliaque inclinée et abaissée du côté malade.

Après ponction de l'abcès antérieur qui retira 100 cc. de pus environ, on peut installer une extension continue pour tenter de réduire la déformation, ce qui fut obtenu sans grande traction en 15 jours. Malheureusement on ne put éviter la fistulisation de l'abcès, en avant entre couturier et tenseur, ni en arrière où l'abcès s'ouvrait largement par une vaste plaie.

Le malade est resté dans le service de la Salpêtrière du 22 mars au 28 octobre 1933, date à laquelle son transfert à Berk a pu être effectué.

Pendant tout son séjour, son état général d'abord médiocre s'est peu à peu amélioré ; des vomissements et de la diarrhée ont persisté pendant tout le mois d'avril, puis ont cessé ; il a repris du poids ; une fistule externe s'est fermée, la plaie postérieure s'est réduite, seul l'abcès antérieur toujours volumineux a nécessité de nombreuses ponctions.

Malgré une forme de coxalgie particulièrement destructive, le malade paraît actuellement bien faire les frais de la réparation de ses lésions ; il semble possible que son séjour à Berck permette la fermeture des fistules et l'assèchement des abcès ; et que, dans un délai éloigné, une arthrodèse de la hanche lui rende un membre inférieur solide en rectitude. Par contre, il suffirait d'une nouvelle localisation tuberculeuse ostéo-articulaire, pour que le pronostic soit bouleversé.

Notons que l'état mental reste toujours parfait et que la guérison de la psychose se maintient complète *depuis près d'un an et demi*. Quant à la pleurésie et à la péricardite, elles ont remarquablement guéri, et une radiographie récente montre une image thoracique sensiblement normale.

En résumé, dans cette observation, la maladie a évolué en trois phases :

1° Une première phase, marquée par des signes d'infection générale, accompagnés de troubles confusionnels, phase en rapport probable avec une septicémie tuberculeuse, une typho-bacillose ;

2° Une deuxième phase démentielle marquée par un état d'hébéphrénocatatonie aboutissant à une régression psychique aussi profonde que possible, et pouvant sembler définitive ;

3° Une troisième phase, marquée par la guérison brusque et totale de tous les troubles mentaux, en même temps que surviennent trois localisations tuberculeuses évolutives ostéo-articulaire, pleurale et péricardique.

En un mot, les troubles mentaux ont accompagné surtout la période initiale septicémique et la période pré-lésionnelle de la tuberculose, ils ont disparu totalement à la période des localisations fixées.

Nous avons aussi observé la guérison complète d'une catatonie grave à la suite d'un *abcès du poumon*. la psychose évoluait depuis trois ans environ, ce malade complètement guéri exerce une profession libérale fatigante, et ceci depuis plusieurs années sans le moindre trouble.

OBSERVATION N° XV

(Service du Dr BARUK, Maison Nationale de St-Maurice)

GUÉRISON IMPRESSIONNANTE D'UNE CATATONIE GRAVE A LA SUITE D'UN ABCÈS DU POUMON

M. M...

Né le 19 janvier 1907, a eu dans son enfance des maladies infantiles : rougeole à 6 ans ; otite à 13 ans à la suite d'une grippe. Il a été opéré de l'appendicite par le Dr PAUCHET en 1917, opéré à froid car le docteur attribuait à son appendice, les troubles digestifs fréquents qu'il présentait ; ces troubles ont disparu après l'opération.

Il fait ses études secondaires, puis médicales sans doubler d'années ; il passe sa thèse le 15 avril 1932, puis part au service militaire à Verdun le 23 avril 1932 ; tout se passe normalement et il donne d'excellentes nouvelles à sa famille jusqu'au mercredi 27 avril, lorsque brusquement ses parents reçoivent un télégramme : « Soldat M... évacué vers Hôpital de Nancy, donne de graves inquiétudes ».

A l'Hôpital de Nancy, il est gardé dans une cellule, il crie, pleure, gémit : « Quel crime ai-je commis, je n'ai pas fait de faux, je ne veux pas être guillotiné ni fusillé ; on m'a empoisonné ; je n'ai pas parlé à H... (un camarade), je n'ai rien fait de mal pour ne pas partir au Maroc ». Il est fiévreux : 38°5, a des vomissements, et refuse toute alimentation.

Il est transféré à l'Asile de Maréville le 30 avril.

A ce moment il n'a plus de fièvre, mais est très agité, il pleure et gémit sans cesse : « Je suis condamné à mort, on m'a fait passer pour un espion, on m'a volé mes papiers, je ne suis plus docteur, je ne suis plus soldat, je ne suis plus rien ». Il a peur de tout ; ses parents sont ruinés ; on a voulu l'empoisonner. Son état général est mauvais et il paraît épuisé.

Certificat de 24 heures (Dr HAMEL) : Est atteint de confusion mentale onirique avec anxiété et idées délirantes de nature mélancolique ; désorientation complète, dysmnésie, efforts de recherches, fatigabilité. Agitation anxieuse ».

Peu à peu, son état confusionnel et son anxiété diminuent ainsi que son agitation.

Le 21 mai, il est lucide ; conserve des idées de persécution, des craintes de supplice et de nombreuses interprétations ; il est cependant très amélioré, facile à diriger, sensible à la psychothérapie.

Le 1^{er} juin, amélioration considérable, il sort et est confié à sa famille après réforme définitive.

Sa convalescence se passe tout à fait normalement, et, en juillet, son état est parfait au point de vue psychique comme au point de vue physique ; il envisage de s'installer au mois d'octobre suivant, et fait de nombreux voyages pour trouver un poste. Il a tellement grossi qu'il prend pendant le mois d'octobre 1932 des comprimés de thyroïde pour se faire maigrir.

Mais au mois de novembre commence le deuxième épisode. Le 19, il se sent grippé et prend une purgation de sulfate de soude qu'il vomit ; le lendemain, il a une céphalée très pénible avec température à 38°5. Le 22 novembre, il est très anxieux, il gémit, demande pourquoi les portes sont fermées, fait des signes avec son mouchoir à des personnages imaginaires, il marche tout le jour et toute la nuit comme un automate, il souffre affreusement de la tête et de la gorge, il se plaint de mal de gorge et de raideur de la nuque, il ne supporte aucune nourriture et vomit tout ce qu'il absorbe, son anxiété va en croissant.

Le 23 novembre à 16 heures, son agitation devient intense ; il crie, vocifère, il est transporté d'urgence à Henri-Rousselle où le Dr COURTOIS fait le certificat suivant : « Confusion mentale hallucinatoire, désorientation, anxiété ; on vient de tuer sa mère et sa tante ; il entend des voix qui l'appellent. Il ne sait pas où il se trouve ; il proteste contre l'entrée du médecin : « vache », « retro satanas ». Excitation violente, cris, bataille avec le personnel infirmier, se frappe la tête contre les murs ; opposition fréquente à l'interrogatoire, allègue que s'il ouvre la bouche tout l'entourage sera tué sur-le-champ. Poussées thermiques passagères à 39° et 40°2. Etat saburral. Sueurs profuses. On pense à une septicémie éberthienne, mais l'hé-

moculture, puis, 15 jours plus tard, le séro-diagnostic sont négatifs. On ne trouve aucun germe dans les urines. Azotémie : 0,77.

Traitement : Bains, Iodaseptine, puis salicylate de soude intra-veineux.

Il est transféré de l'Hôpital Henri-Rousselle à la Maison Nationale de Saint-Maurice le 3 janvier 1933, où le Dr BARUK fait le certificat suivant : « Confusion mentale grave avec agitation extrême, verbigération incohérente, impulsions violentes ».

Le malade est nu dans une cellule, il déchire toute sa literie, crache sur les murs ; pousse des cris féroces ; frappé contre les murs avec ses poings et avec sa tête, son agitation est très violente ; cet état persiste pendant plusieurs mois ; vers le mois de mai, son agitation cesse, il n'a plus autant d'impulsions, il ne crie plus, l'amélioration continue et, au mois de juillet, le 6, il sort très amélioré, mais non guéri sur les instances de sa famille.

Il reste dans le même état, dans sa famille, près d'un an, mais, le 10 mars 1934, son état s'aggrave et il doit être interné de nouveau à la Maison Nationale de Saint-Maurice avec le certificat suivant : « Crises d'agitation violentes, alternant avec des périodes de mélancolie, stéréotypies et tendance au négativisme ».

Le Docteur BARUK fait le certificat suivant : Syndrome hétérophrénique post-confusionnel avec puérilisme, hyperémotivité, stéréotypies, troubles digestifs ». Cet état reste le même jusqu'au mois de juillet 1934, son état devient bien meilleur et il sort le 14 juillet non guéri, ses parents veulent bien le garder ainsi.

Le 24 décembre 1934, nouvelle entrée à la Maison Nationale de Saint-Maurice, il présente alors un état de stupeur avec mutisme ; aspect égaré, négativisme intense ; tendance à la conservation des attitudes ; il paraît absent et prostré. Dans la nuit qui suit son entrée, il a une impulsion violente : il se jette sur le malade voisin et essaie de lui arracher les yeux ; il est alors isolé dans une chambre où il s'agite beaucoup, il bondit et gesticule dès qu'on l'approche, puis se calme peu à peu.

Le 3 janvier 1935, le négativisme persiste, il a encore de la tendance à la conservation des attitudes, mais il est plus calme, prostré, et répond un peu aux questions, il se plaint un peu de céphalée très violente, réclame sa sœur.

La langue est saburrale ; il a des fuliginosités aux lèvres ; l'examen neurologique et l'auscultation sont négatifs. Constipation intense, pas de selles depuis son entrée.

Le 4 janvier 1935, il est plus prostré, la température monte à 40°5 ; il prononce des paroles incohérentes «... uréthrite postérieure... ah... hobo... le cervelet... ah... ah... bon docteur Baruk... hobo ». Il fait des grimaces et se met à parler les dents serrées et prononce des paroles incompréhensibles. Le pouls est à 150. Rien aux poumons. On lui trouve une angine de Vincent qui évolue normalement.

La température reste 48 heures au-dessus de 40°, puis descend à 38° les jours suivants.

Le 9 janvier, le malade parle abondamment, il se plaint d'avoir mal à la tête « où il a deux tumeurs qu'il ne peut enlever avec sa langue », « c'est comme deux moteurs que j'ai dans la tête, deux ampoules de bronze qui marchent tout le temps », « dans le fond de ma tête, je vois quelque chose de violet... ».

Tout d'un coup, il s'écrie : « J'ai mal dans le côté, comme si j'avais une côte cassée..., c'est très douloureux, ayez pitié de moi ».

« Je sens une douleur violente dans le cou, comme si on m'arrachait la tête avec un tire-bouchon..., il me faudrait être plâtré, cela me ferait du bien ».

« J'ai été blessé à l'œil d'un coup de truelle dans une sorte de tombeau où j'étais pris ; je faisais du cinéma... J'ai eu très peur, à 3 heures du matin, je suis tombé sur un fauteuil vert où il y avait une grand'mère... j'ai eu très peur... Le tertre des tombeaux... j'ai appelé fort... Il y avait un petit film avec du radium au bout, et un autre avec une pierre qui devait être souillée par l'autorité papale... ».

« Je me suis intéressé au testament..., le nouveau testament n'est plus pareil à l'ancien..., je me suis vu dans une salle là-bas où il y avait des animaux terribles qui voulaient me dé-

voré... Il s'agissait de reconstituer un décor de théâtre qui devait être détruit..., une machine à berlingots avec des sonnettes..., j'ai fait des rêves atroces..., je suis dans le Pacifique au milieu d'animaux qui me dévoreront..., dans l'anneau d'un reptile..., ce n'est pas la même chose. J'ai donné un coup à quelqu'un..., on m'a mis là-haut... Je souffre beaucoup..., je n'en peux plus... Ayez pitié de moi... Je suis dévoré par une maladie... Je me rappelle être assis dans une fosse carrée où la lampe s'éclairerait tout le temps en violet... violet... violet...

Son état mental reste aussi grave jusqu'au début de février, c'est à ce moment que survient tout d'un coup une abondante hémoptysie et bientôt peu à peu apparaissent les signes d'un abcès du poumon ; à partir de ce moment, l'état du malade redevient entièrement normal ; il sort de la Maison de Santé de Saint-Maurice et est envoyé à l'Hôpital Laënnec dans le service du Dr R. BÉNARD où l'on soigne son abcès du poumon (Dr POUMAILLOUX) ; peu à peu son état physique se rétablit à son tour et, depuis lors, non seulement le malade n'a plus présenté aucun trouble, mais exerce la profession médicale avec succès en province et ceci depuis trois ans.

Avec une étiologie différente, nous rapportons un cas de ce même balancement, chez un malade atteint d'un état maniaque grave, dont l'évolution faisait craindre une démente précoce, tant l'incohérence s'accroissait ; ce malade a guéri brusquement à la suite d'un zona thoracique très intense avec fièvre, et il exerce depuis 4 ans une profession fatigante, sans le moindre trouble. Il nous donne de temps en temps des nouvelles de sa santé qui est aussi satisfaisante que possible.

OBSERVATION N° XVI

(Service du Dr BARUK, Maison Nationale de Saint-Maurice)

ÉTAT MANIAQUE AYANT ÉVOLUÉ VERS UN ÉTAT DÉMENTIEL

GUÉRISON RAPIDE APRÈS UN ZONA.

M. L..., après une série d'épisodes abdominaux et hépatiques : appendicite, péritonite, ictères, cholécystite, a présenté des

troubles dépressifs, puis un état d'agitation maniaque grave ayant nécessité un internement à Sainte-Anne durant toute l'année 1930, le certificat d'entrée est ainsi rédigé : « Excitation maniaque, volubilité, plaisanteries, jeux de mots, fuite des idées, association par assonances ; agitation, insomnie ; résistance à l'examen physique ».

Après une rémission, l'agitation reprit et fut suivie de son internement dans le service en novembre 1932.

Après son entrée, l'état ne cessait de s'aggraver, le malade ne gardait aucun vêtement, déchirait ses chemises, ses draps, vidait les matelas de leur contenu et allait même jusqu'à casser les barres de fer de son lit ; il criait, crachait, grimaçait, lançait tout ce qu'il trouvait à sa portée et présentait une logorrhée de plus en plus incohérente ; de temps en temps pendant quelques jours, survenait une éclaircie durant laquelle le malade causait et semblait retrouver son jugement et son auto-critique, mais bientôt brusquement l'agitation reprenait avec la même violence ; au bout de quelques mois, l'incohérence s'accrut, on pouvait craindre l'évolution vers une démence précoce ; le malade se livrait à une activité graphique complètement incohérente, consistant souvent en simple assemblage de lettres, groupées en des desseins incompréhensibles.

Le malade présentait cet état psychique grave lorsque survint au mois d'août 1933, un *zona thoracique* très intense, accompagné de fièvre ; dès le début de l'éruption, on constate une *transformation profonde de l'état mental* qui revient rapidement tout à fait normal ; il sort en décembre 1933, se comportant d'une façon parfaite, faisant la critique de ses troubles antérieurs, et se présentant comme un sujet entièrement bien portant au point de vue mental. Nous l'avons revu à plusieurs reprises, il restait au début simplement un peu fatigable, nous venons de le revoir tout récemment dans un état aussi satisfaisant que possible.

Enfin nous avons vu une psychose puerpérale grave, guérir complètement après un épisode infectieux intense avec phlébite. L'état physique et mental de cette malade est parfait depuis plusieurs années.

OBSERVATION N° XVII

(Communiquée par le Dr BARUK)

PSYCHOSE PUERPÉRALE GUÉRIE APRÈS PLUSIEURS MOIS
A LA SUITE D'UNE FIÈVRE SPONTANÉE AVEC PHLÉBITE.

Mme D...

Après une grossesse à début normal, Mme D... fait, vers le septième mois, une crise d'éclampsie, qui traitée énergiquement est vite améliorée ; l'accouchement se fait sans incidents ; les suites immédiates sont normales ; il n'y a aucune température, le poulx est bien ; environ 3 jours après l'accouchement, apparition de troubles mentaux à bas bruits qui consistaient :

1° En un état dépressif : elle est inquiète de sa santé ; dit qu'elle est menacée d'une maladie grave.

2° En crises d'onirisme et d'hallucinations, ces crises sont de deux types :

a) Des crises d'ecmésie: tout d'un coup elle se trouve transportée à Couture, au temps de son enfance, elle revoit ses parents, la maison où elle a vécu pendant son enfance, assiste à des scènes vécues ; ces crises sont incoercibles et paroxysmiques.

b) Des crises oniriques à prédominance hallucinatoire, elle ressent, dit-elle, un assourdissement, puis elle entend parler d'elle, on dit : « elle est perdue, on va lui faire la césarienne... elle aura de la peine à en réchapper... » Ces crises commencent brusquement, elles sont précédées de battements de cœur, de sensation de chaleur et d'un grand malaise physique.

Dans l'intervalle des crises, elle est bien, et elle en fait la critique. On pratique à ce moment un examen gynécologique qui est absolument négatif, il n'y a aucun signe d'infection.

Quelques jours après, ses troubles mentaux s'accroissent et elle est transportée à St-Maurice le samedi 24 juillet. A son arrivée : grande agitation, logorrhée, répétition des mêmes mots : « Le diable rouge... les enfers... le curé... » Le soir, elle a une température à 39°, elle est très agitée, elle fait un accès onirique aigu : elle parle du diable rouge, de Lucifer, de la

Ste Vierge, de miracle. Le lendemain : état grave, le matin : aspect de demi-stupeur avec écholalie : « Comment allez-vous.. Comment allez-vous.... » L'après-midi : verbigération continue et stéréotypies. « Ah, elle ne le reconnaît plus.... Ah, il le saura toujours, parce qu'elle le dit toujours..., ah, elle l'a dit trop vite..., ah, elle l'a dit trop vite ».

Le lundi et le mardi, la température reste à 39°6, 39°5, et son délire a disparu, elle est plus calme, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

Le jeudi et le vendredi, la température descend à 37°9 et 38° elle délire beaucoup ; ne veut rien prendre, ne désserre pas les dents, est très agitée.

Le vendredi vers 1 heure du matin : grand frisson, T. : 40°, très mauvais état général.

Examen gynécologique : utérus gros, mou, col largement ouvert, cul-de-sac libre. On pratique une transfusion, elle continue à verbigérer en attrapant des mots prononcés autour d'elle : « Ah, je crois que c'est aspiré..., eh, elle croit toujours..., ah, je crois que c'est aspiré..., cela se passe très bien, etc... » En plus on fait un abcès de fixation et on injecte 1/4 de milligramme d'ouabaïne.

Le samedi, T. : 39°5, le délire a disparu.

Le dimanche, T. : 38°5, le délire réapparaît : l'examen gynécologique montre : col presque complètement fermé ; utérus pris dans une réaction périutérine surtout marquée à gauche, on fait un deuxième abcès de fixation.

Le lundi, T. : 40°4, elle est calme, pas de délire, très mauvais état général, on pratique une deuxième transfusion, on injecte 1/4 de milligramme d'ouabaïne.

Le mardi, la température touche à 37°, la malade est cohérente, elle se rappelle sa verbigération, elle dit que le diable rouge désigne son amoureux, un gendarme de C..., qu'elle avait aimé avant de se marier et que c'est un curé qui l'en a empêché ; elle en a beaucoup souffert ; elle a attendu 4 ans avant de se marier, pensant qu'elle ne se marierait jamais.

Le mercredi, la température remonte à 39° et reste oscillante entre 38 et 39°5, pendant quelques jours jusqu'au lundi 9 août où l'on incise l'abcès de fixation ; l'état mental est maintenant

tout à fait normal, la malade fait la critique de son délire ; la température reste oscillante entre 38° et 39°.

Le 20 août, début d'une fièvre à grandes oscillations, apparition d'un point de côté gauche, dyspnée légère, puis les jours suivants : petit foyer de submatité à gauche.

Le 22, toujours température oscillante et apparition d'une phlegmatia à droite. Immobilisation.

Evolution sans complication, la température reste oscillante entre 37° et 39°,5 pendant quelques jours ; à partir du 3 septembre la température revient progressivement à la normale. La malade est toujours parfaite au point de vue mental et elle sort le 15 octobre complètement guérie.

Depuis elle a été suivie et a toujours une santé excellente.

PATHOGENIE

L'explication de la régression des troubles mentaux lorsqu'apparaissent des troubles somatiques, a donné lieu à de nombreuses théories, qui ont varié suivant les époques et donné lieu à des thérapeutiques multiples.

Pour les anciens, la guérison est due à des phénomènes somatiques qu'ils groupent sous le nom de crise; la crise, disent-ils, est un effort salutaire de la nature qui se soulève contre la matière morbifique, et cherche à l'expulser. Cette matière morbifique peut être évacuée au dehors, ou bien expulsée seulement de la masse du sang, et déposée en quelque point de l'économie. Les phénomènes critiques sont ceux qui résultent de ce mouvement des humeurs peccantes en voie d'élimination; le plus souvent réputés favorables, ils se produisent à certains jours appelés critiques.

ESQUIROL appliquait cette théorie de la crise aux maladies mentales; pour lui il n'y avait de guérison réelle de l'aliénation, que par une terminaison critique.

MARCÉ et GUISLAIN ont trouvé cette théorie trop absolue et l'ont critiquée.

Pour MARCÉ, la crise, lorsqu'elle s'installe sous la forme d'une affection intercurrente, tient à des phénomènes de révulsion ou de substitution; dans la guérison par l'hémorragie, il s'agit, dit-il, « d'une hémorragie à la fois dépressive et révulsive, qui agit indirectement sur la circulation cérébrale ce qui explique parfaitement toute l'importance de cette fonction dans la folie, et surtout dans la paralysie

générale où les mouvements congestifs vers la tête sont fréquents ».

Pour GUISLAIN, la terminaison par crise est exceptionnelle, bien que réellement existante dans l'aliénation mentale ; il classe dans la guérison par crise, les guérisons par maladies intercurrentes.

SPONHOLZ pense que l'affection organique peut dévier les processus pathologiques des centres cérébraux vers la périphérie, ou bien exercer une action favorable par l'intensification des échanges nutritifs.

Pour WAGNER JAUREGG l'agent actif est la fièvre, tandis que pour ses élèves et pour DONATH, la régression est plutôt due à la leucocytose consécutive à la fièvre.

L'effet des maladies infectieuses a été attribué ensuite à l'action des toxines et des autotoxines.

La théorie de l'effet des toxines est admise par BECKMANN dans sa thèse ; par GORDON et par LATAPIE. Ce dernier, qui a étudié l'action de la grippe sur l'aliénation mentale, croit que les toxines grippales neutralisent les toxines déjà existantes dans le sang des aliénés et des épileptiques.

MAILLARD et BRUNE pensent au contraire à l'effet des autotoxines, effet analogue à celui obtenu par des abcès de fixation, ou à la dérivation de l'action pathogène du cerveau vers l'appareil respiratoire.

Certains auteurs comme USSE invoquent la théorie du choc colloïdal ; théorie qui a été le point de départ de toute une série de méthodes thérapeutiques que nous verrons dans le chapitre suivant.

KRAEPELIN invoque « le besoin de secours et de traitement qui rend les malades plus accessibles, et qui les détourne de leurs complexes idéatifs pathologiques ». Il n'admet cette explication que dans une partie des faits ; pour les autres, il pense à des modifications dans la nutrition de

l'écorce cérébrale : mécanismes purement physiologiques.

TOULOUSE et MARCHAND dans la *Revue de Psychiatrie* 1891, étudient l'influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs des épileptiques, et donnent l'explication pathogénique suivante sur la cessation des accès épileptiques pendant la période fébrile; la fièvre, disent-ils, peut agir de deux façons : soit en favorisant la circulation, et on peut supposer dans ce cas que cette activité circulatoire débarrasserait l'encéphale des produits toxiques du dehors et aussi du dedans, qui paraissent être dans certains cas la cause immédiate des accès. Soit en diminuant la circulation de la substance nerveuse, le sang chargé de toxines et d'acide carbonique frapperait en quelque sorte de stupeur les cellules motrices qui deviendraient ainsi inexcitables.

Il est à remarquer, que pendant le sommeil, où il y a ralentissement de la circulation cérébrale les accidents sont plus nombreux, il semble donc que c'est bien plutôt l'activité de la circulation avec congestion, plaçant la cellule cérébrale dans un meilleur état, qui ferait disparaître la disposition aux convulsions.

VIDAL a montré qu'après résection du sympathique la susceptibilité au poison épileptisant est, chez le cobaye, en raison inverse de la circulation cérébrale. Ceci expliquerait les heureux effets de la sympathectomie dans l'épilepsie.

COURBON émet une autre théorie dans la *Revue Neurologique* 1923, dans un article sur la régression des troubles mentaux devant les maladies somatiques intercurrentes. Il se base sur les faits notés par le Professeur PIC, et mis en lumière pour les troubles neurologiques par Von MONAKOW, selon lesquels une fonction peut être très profondément troublée, malgré l'intégrité de la majorité de ses élé-

ments anatomiques; il admet que, de même, en pathologie mentale l'atteinte de quelques-uns des neurones chargés d'une fonction psychique, peut troubler cette fonction en inhibant le fonctionnement des neurones sains. Lorsque survient une affection intercurrente, elle frappe surtout les neurones malades, qui ont une moindre résistance et une vulnérabilité spéciale; ces derniers étant paralysés, les neurones sains cessent d'être inhibés et reprennent leur fonction. Si la maladie intercurrente parvient à détruire les neurones malades, il y a guérison mentale complète, sinon quand les troubles somatiques cessent les troubles mentaux réapparaissent.

Toutes ces explications pathogéniques n'ont pas suffisamment expliqué le mécanisme de l'intrication si complexe et si variée des troubles somatiques et des troubles mentaux.

Les balancements psycho-somatiques entrent dans cette vieille loi de pathologie générale des métastases morbides; les exemples abondent dans la littérature médicale la plus ancienne, il nous suffira de rappeler parmi les citations diverses, les faits rapportés par SYDENHAM, puis par ANDRAL dans son cours de pathologie interne (tuberculose et manie aiguë), par PETER dans ses leçons de clinique Médicale et par TROUSSEAU.

Voici l'exemple de TROUSSEAU dans ses leçons de clinique médicale : (balancement entre asthme et broncho-pneumonie).

« Pendant 7 mois, il ne couche pas dans son lit, forcé qu'il était pour trouver un peu de sommeil, de passer la nuit debout, appuyé sur la cheminée. En 1840, il prit au sortir du théâtre une broncho-pneumonie qui mit ses jours en danger. *Pendant toute la durée de cette maladie, il n'eut pas un seul accès d'orthopnée*, lui, qui aujourd'hui encore

(1873) ne peut dormir dans son lit, qu'autant que les matelas en sont disposés sous forme d'une espèce de fauteuil, reposait durant tout le temps de cette fluxion de poitrine parfaitement étendu sur le dos. Maintenant bien que les rhumes présentent chez lui des caractères particuliers et le rendent extrêmement souffrant, *jamais, pendant toute la durée de ses rhumes il n'a ses accès d'asthme* ».

Sergent donne un autre exemple plus récent dans la *Presse Médicale* 1930, (Observation résumée) :

« M. B..., 21 ans, à hérédité, dite arthritique, chargée. Atteint depuis l'âge de 3 ans, d'asthme sans étiologie manifeste et rebelle à tout traitement. Dès le début, les crises d'asthme *alternaient* avec des manifestations bronchitiques et eczémateuses, le tout, accompagné de réactions nerveuses générales, désordonnées : inquiétude morale, angoisse irraisonnée, hyperexcitabilité génitale. De plus les épisodes urticariens, de cause diverse, n'apparaissent jamais en même temps que l'asthme. Un peu plus tard, la tuberculose est soupçonnée. Les examens répétés, cliniques, bactériologiques, radiologiques (à part à l'écran quelques silhouettes de périlobulite) sont absolument négatifs. Le malade part pour le Midi. Au cours de son voyage : hémoptysie brusque. Dès lors l'*asthme disparaît*, il reste un peu d'oppression. Quatre mois après la première consultation, on trouve des B. K. ».

Dans leurs études sur le somnifène, CLAUDE et BARUK ont obtenu des stades psycho-organiques, suivant les doses employées. Ils ont observé : tantôt des réactions psychologiques, tantôt une série de troubles organiques de plus en plus profonds : rigidité décérébrée, automatisme, signe de Babinski; ces stades étant réversifs; en raison des signes organiques précédents, ils ont abandonné cette méthode.

L'existence de telles réactions, montre que tout se passe comme si la réaction psychologique consistait en la réaction la plus fine et la plus légère du système nerveux, les réactions et les signes organiques représentent une atteinte plus profonde. Entre les deux, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature, comme on l'a cru longtemps; et le passage de l'un à l'autre peut s'observer suivant les variations de certaines imprégnations toxiques.

La guérison des psychoses graves après une localisation somatique quelconque, relève d'un mécanisme inconnu qu'il faudrait étudier et essayer de connaître, plutôt que de tenter des thérapeutiques aveugles, ces faits ouvrent tout particulièrement en psychiatrie de très intéressantes perspectives d'avenir.

THERAPEUTIQUE

L'observation de guérison de maladies mentales au cours d'affections somatiques intercurrentes, a naturellement suggéré des méthodes thérapeutiques variables suivant l'époque et l'explication donnée aux faits observés. Toutes ces méthodes ont parfois donné de bons résultats, mais bien souvent on a observé des échecs, ou des améliorations passagères.

Nous allons passer en revue ces méthodes, des plus anciennes jusqu'aux plus récentes.

La saignée.

Les anciens se servaient beaucoup de la saignée pour le traitement de l'aliénation mentale; ils l'employaient même trop, si bien que PINEL et ESQUIROL se sont élevés violemment contre son emploi exagéré. Cependant ESQUIROL l'emploie dans quelques cas : « Elle est indispensable aux sujets pléthoriques lorsque la tête est fortement congestionnée, lorsque les hémorroïdes ou des évacuations sanguines ont été supprimées ».

GUISLAIN l'emploie également mais, dit-il, « elle est réservée à des cas spéciaux; il est parfois utile chez des sujets bien constitués, atteints d'anxiété précordiale, d'instituer une petite saignée et de la renouveler à des intervalles plus ou moins rapprochés, on diminue par là l'oppression pulmonaire, mais on ne guérit pas, on soulage le patient et on simplifie la maladie. »

Ensuite la saignée est peu à peu abandonnée, pour faire place aux autres méthodes thérapeutiques, cependant RÉGIS dit : « Si on en a abusé jadis, on peut dire qu'à l'heure actuelle on n'en use peut-être pas assez ». Il trouve son emploi justifié dans certains cas, lorsque l'état congestif de l'encéphale est manifeste, ou lorsque le trouble psychique est lié à un processus toxique.

La révulsion.

Cette méthode était très goûtée au milieu du siècle dernier, bien qu'ESQUIROL se soit montré sceptique à son égard. On essayait par cette méthode de provoquer les effets favorables constatés au cours des suppurations, des brûlures, des éruptions, des traumatismes chez les aliénés. On a ainsi employé les cautérisations, les vésicatoires, les lotions et pommades irritantes; parfois on n'hésitait pas à provoquer de grandes suppurations. MARCÉ dit : « Toutes les fois qu'on redoute un état congestif de l'encéphale, il ne faut pas craindre de provoquer une suppuration prolongée et profonde ».

GUISLAIN employait l'onguent stibié chez les attristés, en application sur le crâne, aux bras, aux cuisses.

GRIESINGER avait attiré l'attention sur les grands dangers de cette méthode : nécrose osseuse, gangrène, etc...

RÉGIS attribue cependant encore une grande valeur à la révulsion, « c'est une excellente méthode thérapeutique, dit-il, à laquelle on n'a peut-être pas suffisamment recours dans les maladies mentales. Il recommande le séton à la nuque, les vésicatoires, le thermocautère, les frictions irritantes dans le traitement de la paralysie générale.

L'abcès de fixation.

La méthode de FOCHIER, de l'abcès de fixation aseptique par l'injection d'huile de térébenthine, a été appliquée en psychiatrie par AZEMAR et CATALA.

ROZIER publie dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1931, des résultats obtenus par cette méthode dans la confusion mentale aiguë et dans les délires toxi-infectieux.

Mlle PASCAL et LAURENT emploient cette méthode pour examiner le fond mental des aliénés.

Médicaments fébricants

La guérison des troubles mentaux observée au cours de maladies fébriles intercurrentes, a naturellement fait penser à provoquer la fièvre chez les aliénés.

Déjà à l'époque d'ESQUIROL, on a essayé la pyrétothérapie, cet auteur nous rapporte, en effet, dans son *Traité des Maladies Mentales* que : le médecin chargé de l'hospice des insensés de Tuebingen, en Wurtemberg, fait prendre aux aliénés de son hospice, du muriate de mercure doux à doses répétées, afin d'exciter un mouvement fébrile, ce qui lui réussit quelquefois. »

La propriété de l'acide nucléique reconnue par CHANTEMESSE de provoquer la fièvre et la leucocytose, fut utilisée en psychiatrie, sur le conseil de Wagner JAUREGG, par son élève FISCHER ; il a observé quelques succès et des rémissions passagères.

DONATH, de Budapest, a essayé la même méthode en col-

laboration avec FISCHER, il l'a appliquée chez les paralytiques généraux, puis chez les déments précoces.

En France, LÉPINE, de Lyon, en 1907, a essayé le nucléinate de soude dans les psychoses, il a obtenu 6 guérisons sur 60 cas, quelques rémissions passagères et de nombreux échecs. Il aurait toujours observé une légère amélioration de l'état mental.

COURBON et LASSABLIÈRE, au Congrès d'Amiens 1911, communiquent les résultats d'un traitement par le nucléinate de soude associé à l'arsenic.

Sérothérapie.

La théorie de l'action bienfaisante des autotoxines au cours des maladies intercurrentes, a été le point de départ de tentatives sérothérapiques en psychiatrie. Des essais ont été faits avec du sérum de cheval antidiphthérique, antitétanique, etc., pour traiter les paralytiques généraux, par SICARD et POROT, ces auteurs auraient obtenu des résultats favorables.

Traitement par les toxines microbiennes.

Se basant sur les bons résultats donnés par les maladies fébriles dans les affections mentales, Wagner von JAUREGG eut le premier l'idée d'appliquer la méthode de l'inoculation des maladies infectieuses dans les psychoses. Dès 1887 il avait préconisé l'inoculation de la malaria tertiana aux malades mentaux, mais ce n'est que plus tard, en 1917, qu'il fit ses premières impaludations; ne pouvant songer à inoculer des maladies infectieuses graves, mais capables d'avoir une influence heureuse sur les psychoses, il conseilla l'injection des toxines moins pathogènes que le microbe qui les sécrète; c'est par un de ses élèves, BOECK, et sous sa direction, que furent faits les premiers essais de

pyrétothérapie bactérienne, en 1891. Il employa la tuberculine de Koch uniquement chez les paralytiques généraux, en même temps il essaya les cultures atténuées de bacilles pyocyaniques, les résultats furent beaucoup moins bons par cette deuxième méthode, qui fut abandonnée à cause des complications (syncopes).

Les essais avec la tuberculine furent répétés pendant plusieurs années, et publié, en 1919, au Congrès International de Budapest.

Il employait des doses de début variant de 5 mmgrs à 1 cgr.; chez les sujets enclins à la tuberculose, la dose initiale n'était que de 1 mmgr. Le traitement comprenait 12 à 20 injections. Trois ou quatre cures étaient nécessaires pour pouvoir parler de guérison définitive.

La méthode fut introduite en France par ANGLADE et les résultats furent publiés dans la thèse de BOULOS (Bordeaux 1918) sur le traitement de la paralysie générale par la tuberculine.

Wagner von JAUREGG a essayé ensuite chez les paralytiques généraux les injections de culture de staphylocoques et a observé quelques résultats.

La vaccination antityphique fut employée par LAFARGUE, de Bordeaux, et par LOGRE, qui publièrent quelques résultats heureux. D'autres vaccins furent employés par la suite surtout le vaccin antichancrelleux de NICOLLE (Dmelcos).

Pyrétothérapie parasitaire.

Dès 1887, Wagner von JAUREGG a préconisé l'inoculation de la malaria tertiana aux malades mentaux, mais ce n'est qu'en 1917 qu'il tenta ses premières impaludations. Cette

méthode s'est vite généralisée et a donné d'excellents résultats.

GERSTMANN, en 1922, étudie la malariathérapie.

Plus récemment LEROY et MÉDACOWITCH (1931) publient leur livre sur la Paralysie générale et Malariathérapie avec une préface de Wagner von JAUREGG.

Cette méthode thérapeutique s'est appliquée aussi aux psychoses non syphilitiques; en 1923, AGUGLIA et d'ABUNDO inoculèrent le paludisme à des parkinsoniens, des épileptiques et des déments précoces.

DUCASTÉ, en 1932, pratique l'impaludation cérébrale. Les fièvres récurrentes furent également employées par certains auteurs, mais cette méthode ne doit être qu'exceptionnelle, car la transmission de la fièvre est délicate, il ne faut prélever le sang qu'au début de l'accès, sinon le virus s'atténue; il est nécessaire de faire des passages fréquents à souris, et enfin l'action des arsénicaux est douteuse, et on n'est jamais certain de pouvoir couper la fièvre dans les cas menaçants.

A. MARIE avec LEVADITI et LÉPINE, ont pratiqué l'inoculation de la fièvre récurrente intracérébrale et ont obtenu une fièvre continue plus longue que celle obtenue par voie intra-musculaire et sous-cutanée.

Pyrétothérapie chimique.

En 1927, Knud SCHROEDER, de Copenhague, employa le premier l'huile soufrée comme médicament pyrétotherapique dans la paralysie générale, et les affections non syphilitiques du système nerveux central.

LAJOURNADE, dans sa thèse (Bordeaux 1933) a étudié les

effets de ce produit, dans la démence précoce et dans la paralysie générale.

CLAUDE, EY et DUBLINEAU ont associé la pyrétothérapie soufrée à la chrysothérapie.

MEDICATION PAR CHOCS

LA PEPTONOTHÉRAPIE, méthode employée par NOLF dans la fièvre typhoïde et d'autres injections, fut appliquée au traitement des maladies mentales par LAIGNEL-LAVASTINE et Mlle PASCAL ; ils emploient la solution de 10 % de peptone en injection intra-veineuse, cette méthode demande des précautions : malade à jeun, injection très lente, toujours prendre la tension artérielle du malade et s'abstenir s'il y a hypotension. LAIGNEL-LAVASTINE rapporte à la Société de Psychiatrie, en 1922, le merveilleux résultat obtenu chez une mélancolique anxieuse ; la guérison fut presque instantanée après une seule injection intra-veineuse.

LA GALACTOTHÉRAPIE, d'abord employée en pathologie infantile dans les vomissements du nourrisson, fut utilisée en psychiatrie par GUIRAUD, NAUDASCHER et SONN, associée au traitement antisiphilitique de la paralysie générale.

Les métaux colloïdaux ont été introduits en thérapeutique psychiatrique par LÉPINE ; DAMAYE, MERKLEN et MINVIELLE préconisent le collargol, ils injectent des doses fortes (40, 50, 66 cc.). DOMINICI, MARCHAND et CHÉRON ont utilisé le sérum radio-activé ; DADAY, BESSIÈRE et JALOUSTRE, le thorium X.

Depuis quelques années, certains auteurs ont préconisé l'électropexie pour obtenir des températures élevées.

Enfin terminons par les méthodes très récentes ; l'emploi du cardiazol en injection intra-veineuse et la méthode de SAKEL : l'Insulinothérapie, dont la technique délicate vient d'être mise au point par GUIRAUD et NODET.

CLAUDE et ROUBINOVITCH ont également employé cette méthode, et donnent quelques conseils techniques, ces auteurs ne peuvent pas encore conclure quant aux résultats, mais les améliorations observées dans les quatre cas qu'ils rapportent, permettent d'espérer que l'application plus généralisée du choc insulinique donnera des résultats encourageants.

BAUER a exposé ses premiers résultats avec la méthode de SAKEL qu'il a appliquée à NAUGEAT ; il a obtenu deux rémissions complètes, une amélioration importante stable et deux améliorations ne persistant pas après cessation du traitement.

Cette méthode du choc insulinique est trop récente et son application n'est pas assez développée pour que nous soyons fixés définitivement sur sa valeur.

CONCLUSIONS

I. — Il ne faut pas considérer les psychoses comme des maladies fixes, ou plus ou moins chroniques, mais comme des troubles essentiellement mobiles, d'évolution très irrégulière et susceptibles d'apparaître ou de disparaître dans certaines conditions biologiques. Les troubles mentaux et les troubles somatiques sont intriqués d'une façon extrêmement complexe, certaines formes de cette intrication constituent les balancements psycho-somatiques.

II. — Cette notion de balancements peut s'appliquer aux troubles mentaux les plus variés, dans leurs rapports avec des troubles somatiques d'étiologie diverse.

III. — Ces balancements peuvent réaliser les modalités suivantes :

Suspension des troubles psychiques au cours de la fièvre, parfois suspension de ces troubles au cours de maladies organiques graves;

Stades psycho-somatiques : arrêt de troubles somatiques au moment de l'apparition des troubles psychiques et vice-versa;

Alternance ou substitution;

Guérison de troubles psychiques par localisation viscérale.

IV. — L'influence de certains troubles somatiques sur les psychoses est une notion connue depuis la plus haute anti-

quité, et décrite très souvent sous des formes diverses et des titres variés. Ces faits ont été expliqués par des théories différentes et on en a déduit des méthodes thérapeutiques multiples.

V. — La guérison des psychoses graves, après une localisation viscérale quelconque, est la forme la plus impressionnante de ces balancements, et il semble que c'est le mécanisme de ce mode de guérison, actuellement inexpliqué, qui laisse entrevoir certaines perspectives thérapeutiques.

Vu :

LE DOYEN,

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (X). — Rémission de démence précoce après guérison d'un phlegmon. *Ann. Méd. Psychol.* 1926.
- AGULIA et d'ABUNDO. — Tentative de traitement par injection de malaria tierce dans la paralysie générale, les syndromes parkinsoniens, l'épilepsie et la démence précoce. *Riv. ital. di Neuropatologia Psichiatria ed elettroterapia.* Nov. Décembre 1933.
- ALBANE. — Tuberculose et démence précoce. *Thèse Paris* 1934.
- ARSIMOLES. — Troubles gastriques au début des accès mania-co-dépressifs. *Soc. Méd. Psychol.*, 1911.
- BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales. 1890. *T. I. p. 466. et T. II. p. 437.*
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales. 1890.
- BARTZ (de Sirentz). — Monomanie religieuse guérie après plusieurs mois d'évolution par un anthrax de la nuque. *Ann. Méd. Psychol.* 1846.
- BARUK (H.). — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. *Thèse Paris.* 1926.
- Quelques aspects de l'épilepsie viscérale, crise angineuse, salivaire, génitale. *Gazette Médicale de France.*
- Migraines d'apparence psychogénique, suivies d'épilepsie jacksonienne dans un cas d'angiome cérébral. *Encéphale.* Janv. 1931.
- Les obsessions. *Bulletin Médical*, 3 octobre 1931.
- Rapport sur l'hystérie. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.* Bruxelles, 1935.
- BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et démence précoce. *Paris Médical*, 27 août 1932.
- BARUK et MATHEY. — Contribution à l'étude des balancements psycho-somatiques. *Gazette Médicale de France.* Avril 1936.

- BARUK, SAUVAGE et ALBANE. — Démence précoce consécutive à une typho-bacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse. *Ann. Méd. Psychol.* Novembre 1933.
- BAUER. — Essais de traitement des affections schizophréniques par la Méthode de Sakel. *A. M. P.* Novembre 1936.
- La guérison des troubles mentaux chez les aliénés atteints de maladies intercurrentes. *Thèse Strasbourg*. 1924.
- BEAUNE. — La guérison des maladies mentales. *Thèse Paris*, 1854.
- BERTHIER. — La fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Ann. Méd. Psychol.* 1861.
- BINET. — Les parentés morbides. 1886, *pages 50 et 66.*
- CAMPBELL. — Sur l'action de la fièvre typhoïde chez les aliénés. *Journal of Mental science*. 1882. *Analyse dans Ann. Méd. Psychol.*, 1882.
- CAMUSET. — Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra. *Ann. Méd. Psychol.*, 1892.
- CHASLIN. — La confusion mentale primitive. 1895. *p. 105.*
- CHRISTY. — Phénomènes de balancement psycho-somatique. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes. Nancy*. 1937.
- CLAUDE et Mlle BADONNEL. — Arrêt brusque d'un accès maniaque à l'occasion d'une thrombose artérielle. *Soc. Clinique Mentale* 19, février, 1923.
- CLAUDE et BARUK. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les « phases torpides » et les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris Médical* N° 52 27, Déc. 1930.
- CLAUDE, BARUK et LAMACHE. — Excitation maniaque et tumeur cérébrale. *Soc. de Psychiatrie*, 17, novembre 1927.
- CLAUDE, COSTE, VALTIS et VAN DEINSSE. — Le virus tuberculeux et la démence précoce. *Encéphale* 1933.
- CLAUDE, EY et DUBLINEAU. — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie associées dans le traitement de la démence précoce. *Gazette des Hôpitaux*, N° 101, 20 décembre 1933.

- CLAUDE et COSTE. — Recurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses. *Bull. Acad. Médecine*, N° 31. 3 novembre 1931.
- CLAUDE et RUBENOVITCH. — Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire. *A. M. P.*, novembre 1936.
- COURBON. — De la régression des troubles mentaux devant les maladies somatiques intercurrentes. *Revue Neurologique*. Mars 1923, p. 237.
- COURBON et LASSABLIÈRE. — De l'association médicamenteuse du nucléinate de soude et de l'arsenic. *Congrès des Médecins Aliénistes*. Amiens 1911.
- DADAY, BESSIÈRE et JALOUSTRE. — Sur un essai de Thorium X dans la Thérapeutique psychiatrique. *Presse Médicale*, 17 juin 1922.
- DAMAYE. — Troubles mentaux occasionnés par la grippe. Troubles mentaux guéris par la grippe. *Ann. Méd. Psychol.* 1919.
- DUCOPTÉ (M.). — L'impaludation cérébrale. *Bul. Acad. Médecine*. 12 avril, 1932.
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, 1838.
- FALRET, — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. *Baillière*. 1864.
- FOVILLE. — *Thèse Paris* 1824.
- GALIEN. — Cité par Esquirol et Marcé.
- GERMAIN et BOUCHET. — Stupeur chronique terminée heureusement par une pneumonie. *Ann. Méd. Psychol.* 1844.
- GERSTMANN. — Sur l'influence de la malaria terciaria sur la paralysie progressive. *Analyse in Encéphale* avril 1922. p. 25.
- GIRARD. — De l'influence des fièvres intermittentes sur l'épilepsie et la folie. *Ann. Méd. Psychol.* 1846, p. 83.
- GOODALL et BULLEN. — Effet d'une maladie intercurrente sur les désordres mentaux. *Journal of Mental Science* 1895. *Analyse in Ann. Méd. Psychol.* 1898.
- GORDON. — Influence de la grippe sur l'épilepsie. *New-York Med. Journal*. 15 juin 1920. *Analyse in Revue Neurologique*. Oct. 1922, p. 1.109.
- GRIESINGER. — Traité des maladies mentales. 1865, pages 278 et 741.

- GUISLAIN. — Traité sur l'aliénation mentale et les hospices d'Aliénés, 1826. *T. I.* p. 70, *T. II*, p. 27.
- Leçon sur les phrénopathies. 1852. *T. II*, p. 273, 278 et suivantes, *T. III* p. 42.
- GUIRAUD et NODET. — Principe et technique de l'insulinothérapie. *Ann. Méd. Psychol.* Novembre 1936.
- HEUYER et TISON. — Démence précoce à forme délirante. Disparition des hallucinations et du délire au cours de la fièvre typhoïde. *Ann. Méd. Psychol.* 23 avril 1934.
- HIPPOCRATE. — Cité par Esquirol.
- KRAEPELIN. — Lehrbuch der psychiatrie.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Mélancolie anxieuse améliorée par l'injection intraveineuse de solution aqueuse de peptone. *Soc. de psych. de Paris*, 21 décembre 1922.
- Retour à la lucidité et à la conscience complète constatée chez une hébéphréno-catatonique, quatre jours avant sa mort. *Soc. Clinique Mentale*, 20 avril 1922.
- LANNOIS. — Epilepsie et Fièvre typhoïde. *Revue de Médecine XIII*. 1893. p. 492.
- LAURENT. — Les phases somatiques prodromiques de la démence précoce. *Thèse Paris*.
- LAUZIER, BARUK, BIDERMAN et BLUMENFELD. — Tuberculose pulmonaire et démence précoce. *Ann. Méd. Psychol.* Novembre 1933.
- LÉPINE (J.). — Nucléinate de Soude et leucothérapie en Thérapeutique Mentale. *Presse Médicale*. 20 Janvier 1910.
- LEROY. — Disparition deux mois avant la mort par tuberculose aiguë de tout symptôme catatonique chez une jeune malade. *Soc. Clin. de Médecine Mentale*. 20 avril 1922.
- Guérison d'un accès mélancolique à la suite d'une pleurésie. *Soc. Clin. de Médecine Mentale*, 17 juillet 1922.
- LEROY et MEDACOVITCH. — Paralysie générale et malariathérapie. *Doin*. 1931.
- MABILLE. — Paralysie générale guérie par le séton à la nuque et la suppuration prolongée. *Ann. Méd. Psychol.* 1881.
- MAILLARD et BRUNE. — Epilepsie et grippe. *Presse Médicale* 1919. N° 70.

- MARANDON DE MONTYEL. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie. *Ann. Méd. Psychol.* 1883.
- MARCE. — Traité pratique des maladies mentales. *Baillière* 1862.
- MEAD (Richard). — *Medical work of Richard Mead.* Dublin 1767, p. 368.
- MENINGER. — Grippe et épilepsie. *American Journal of Med. Science. Analyse in Revue Neurologique*, octobre 1922, p. 1.309.
- MOREIRA. — Pandémie grippale à l'hôpital National et son influence sur le cours des Maladies Mentales. *Arch. Brazil. de Medecina*, Mai 1919. Résumé in *Revue Neurologique* 1920, p. 413.
- MOREL B.-A. — Traité des maladies mentales, 1860.
- MOSCHER. — Mélancolie avec stupeur guérie à la suite d'une pleurésie. *American Journal of mental insanity.* Octobre 1891. Résumé in *Ann. Med. Psychol.* 1893.
- OLLIVIER et TEULIER. — Note sur les rapports de la grippe et de l'épilepsie. *Gazette des Hôpitaux*, 1919, N°. 57, p. 901.
- OMOROKOFF. — De l'influence bienfaisante des maladies infectieuses intercurrentes sur le cours des psychoses. *Revue de Psychiatrie Russe.* Avril-mai, 1909, *Analyse in Revue de Psychiatrie* 1910, p. 36.
- PELLISSIER. — De l'influence des maladies infectieuses intercurrentes sur la marche de l'épilepsie. *Thèse de Montpellier.* 1898.
- PINEL. — *Thèse inaugurale*, p. 24.
- Traité de la manie, p. 227.
- Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 2^e Edition 1809, p. 379 et suivantes.
- RAFFEGEAU, MIGNON et LEULIER. — Contribution à l'étude des métastases dans l'asthme. (Métastases mentales). *Congrès des Médecins Aliénistes*, Amiens 1911.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, 6^e Edition, *Doin Paris*, 1923.
- ROZIES. — A propos des abcès de fixation. *Ann. Med. Psychol.* 1921, p. 413.
- SANDRI. — Un cas d'alternance entre asthme des foin et psychose maniaque dépressive. *Revue Neurologique* 1930, p. 844.

- SCHRÖDER (Knud). — Le traitement par le soufre de la paralysie générale et de quelques autres maladies. *Ann. Med. Psychol.* Novembre 1930.
- The sulfosin treatment of general paralysis and other disorders. *The Lancet*, novembre 1929.
- SCZYPORSKI. — Accès de lypémanie guéri par l'apparition d'un érysipèle de la face. *Ann. Med. Psychol.*, 1891.
- SEGLAS. — De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie. *Thèse Paris* 1892.
- SENNERT. — Cité par Vurpas. *Ann. Med. Psychol.* 1937, p. 102.
- SERGENT. — Un exemple de métastase de l'asthme. *Presse Médicale*, 15 janvier 1930.
- SMITH (Percy). — Fièvre typhoïde chez les aliénés. *Journal of Mental Science*, 1887.
- SPONHOLZ. — Uber den Einfluss somatischer. Affectionen auf den Verlauf der Psychosen. *Allg. Zeitschrift f. Psy.* 30. 1874. *Résumé in Ann. Med. Psychol.* 1875, p. 141.
- THORE. — Maladies incidentes des aliénés ; un cas d'alternance de manie furieuse avec une double pneumonie. *Ann. Med. Psychol.* 1844.
- TINEL et LAMACHE. — Relation entre psychose maniaque dépressive et crises de migraine, épilepsie, asthme, urticaire. *Encéphale* 1928, p. 155.
- TOULOUSE. — Tuberculose et psychopathie. *Revue d'Hygiène*. Sept. 1930.
- TOULOUSE et MARCHAND. — Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs des épileptiques. *Revue de Psychiatrie* 1899, N° 5.
- TOULOUSE et SCHIFF. — Les syndromes psychiques initiaux dans certains cas de tumeurs cérébrales. *Congrès des Médecins Aliénistes*, Paris 1925.
- TROUSSEAU. — Leçons de clinique médicale.
- USSE. — Pleurésie séro-fibrineuse chez un confus mélancolique après 3 ans d'internement suivie de l'amélioration progressive de l'état mental. *Encéphale* 1923, p. 31.
- VERGA. — Mélancolie guérie par l'érysipèle de la face. *Arch. Ital. per le malattie nervose*, 1865. *Résumé in Ann. Med. Psychol.* 1866, p. 141.

VURPAS. —

WAGNER-JAUREGG. — Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf den Verlauf von Psychosen. *Jahrbuch, f. psych.* VII, 1886.

— Ueber Behandlung der progress Paralyse mit Bakterientoxinen. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1912, N° 1, p. 61.

— Préface du volume de Leroy et Médacovitch sur la pyrethérapie.

YVERT (Roger). — A propos de 50 cas de fièvre typhoïde chez les aliénés. *Arch. de Neurol.* Août 1898.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	9
Etude Historique.	13
Etude Clinique.	35
I. — Améliorations et guérisons des Troubles Men- taux survenues après une fièvre spontanée et à la période préagonique des affections somatiques graves	36
II. — Stades Psycho-Somatiques.	43
A) Phase somatique prodromique des psychoses.	43
B) Troubles psychiques prodromiques au cours d'affections organiques avérées du système nerveux.	46
III. — Substitutions et alternances morbides.	58
IV. — Guérison de Psychoses graves après une loca- lisation viscérale.	67
Pathogénie.	85
Thérapeutique.	91
Conclusions.	99
Bibliographie.	101